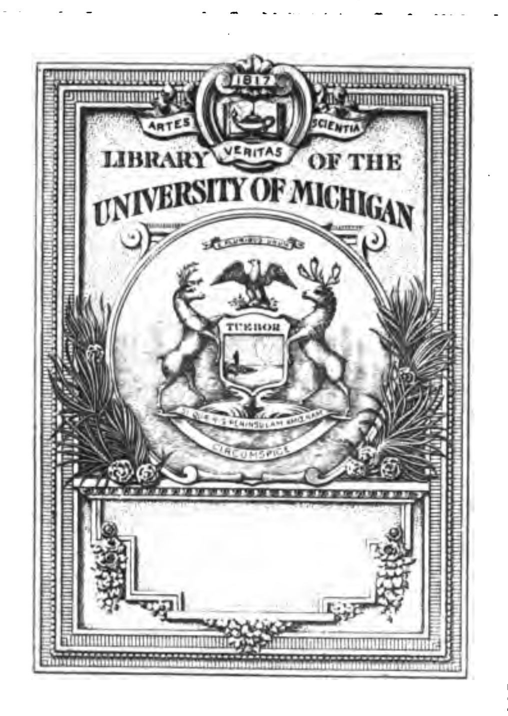

UNIV.
OF
MICH.


1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE

Über Gefängnispsychosen.

Von

Karl Wilmanns,
Heidelberg.



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1908.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

herausgegeben von

Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

VIII. Band, Heft 1.

Über Gefängnispsychosen.

Von

Karl Wilmanns, Heidelberg.

M. H. *) Der erste, der sich mit dieser Frage beschäftigte, war der Strafanstaltsarzt in Halle Delbrück**), der im Jahre 1854 unter der Bezeichnung „Verbrecherwahnsinn" eine Gruppe von Sträflingen schilderte, die während ihrer Strafzeit von einer fortschreitenden geistigen Erkrankung befallen wurden. Delbrück glaubte behaupten zu dürfen, daß die Gewohnheitsverbrecher auf Grund ihres dissoluten Vorlebens, die Leidenschaftsverbrecher infolge der Straftat und ihrer Konsequenzen erkrankten und meinte, daß gerade bei diesen die geistige Störung eine eigenartige Färbung erhalte, welche sie den Anspruch auf eine besondere Erkrankung erheben lassen dürfe.

Hatte Delbrück aus den mannigfaltigen Seelenstörungen, welche das Zuchthaus entstehen läßt, nur einen besonders auffallenden Typus bei seiner Darstellung herausgegriffen, so bemühte sich einige Jahre später Gutsch***), der Strafanstaltsarzt in Bruchsal, das gesamte Material des Isolierzuchthauses zu verarbeiten. Er sprach die Überzeugung aus, daß sämtliche

*) Referat in der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Heidelberg 1907.

**) Delbrück, Über die unter Sträflingen der Strafanstalt zu Halle beobachteten Geisteskrankheiten und ihren Zusammenhang mit dem Verbrechen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1854, Bd. XI, S. 57 ff.

— Zwei Fälle von Verbrecherwahnsinn nebst einer Epikrise. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1857, Bd. XIV, S. 349 ff.

— Die Seelenstörungen in den Strafanstalten und ihre Behandlung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1863, Bd. XX, S. 441 ff.

***) Gutsch, Über Seelenstörungen in Einzelhaft. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1862, Bd. XIX, S. 1 ff.

in Isolierhaft ausbrechenden Psychosen eine eigenartige Färbung annehmen, ohne aber deshalb besondere Gefängnispsychosen zu sein. Als die häufigste Form bezeichnete er die Melancholie und war der Ansicht, daß ihre Häufigkeit den Psychosen der Einzelhaft eine besonders günstige Prognose gebe.

Nachdem die Frage durch die Strafanstaltsärzte aufgerollt war, begannen jetzt auch die Fachpsychiater ihr Interesse entgegenzubringen. Köhler*), Sommer**), später auch Näcke***) verarbeiteten das Material ihrer Landesanstalten; sie alle wandten sich gegen die Ausführungen Gutschs über die günstige Prognose der Gefängnispsychosen und vertraten den Standpunkt, daß die Melancholien Gutschs nichts anderes als die Vorläufererscheinungen chronischer Psychosen seien. Köhler und Näcke und später auch Kühn†), der in einer ausgezeichneten Arbeit die Psychosen der Korrigenden behandelte, konnten zwischen der „Paranoia“ der Sträflinge und der Freilebenden keinen Unterschied finden; Sommer glaubte sie als „Gefängniswahnsinn“ von den Psychosen der Unbescholtenen abtrennen zu müssen.

Als jetzt ein weiterer Strafanstaltsarzt Kirn††) an der Hand umfassender psychiatrischer Erfahrung und des reichhaltigen Materials des Landesgefängnisses Freiburg die Frage einer neuen Untersuchung unterwarf, kam er in einem in dieser Versammlung gehaltenen Vortrage zu einem vermittelnden Standpunkt: es gibt eine progrediente, zur Verblödung führende eigene Gefängnispsychose, die sich schleichend auf dem Boden

---

*) Köhler, Über die Psychosen weiblicher Sträflinge. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1877, Bd. XXXIII, S. 676 ff.

**) Sommer, Beiträge zur Kenntnis der kriminellen Irren. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1884, Bd. XL, 588 ff.

***) Näcke, Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1893, Bd. XLIX, S. 397.

†) Kühn, Über die Geisteskrankheit der Korrigenden. Archiv für Psychiatrie, 1891, Bd. XXII, S. 345 ff.

††) Kirn, Kurze Mitteilungen über Gefängnis-Psychosen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1881, Bd. XXXVII, S. 713 ff.

— Die Psychose in der Strafanstalt. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1889, Bd. XLV, S. 1 ff.

des sittlichen Schwachsinnes entwickelt; sie entspricht den Formen, die Delbrück als „Verbrecherwahnsinn", Sommer als „Gefängniswahnsinn" geschildert haben. Kirn wählte dafür die alte Bezeichnung „Verbrecherwahnsinn" und stellt diesen in Gegensatz zu einer ähnlichen Erkrankung, die sich aber auf nicht belastetem Boden akut entwickelt; diese nennt er „Gefängniswahnsinn". Neben diesen chronischen Wahnsinnsformen stellte Kirn noch zwei akute, charakteristische Einzelhaftpsychosen auf, die wohl einem Teile der von Gutsch geschilderten prognostisch günstigen Melancholien entsprechen würden: die akute halluzinatorische Melancholie mit vorwiegend günstiger Voraussage, den akuten halluzinatorischen Wahnsinn mit leidlich günstiger Prognose, denn ein Teil davon geht in „Gefängniswahnsinn" über.

Alle diese Arbeiten hatten zum Gegenstand die Psychosen der Strafgefangenen; der Psychosen der Untersuchungsgefangenen wurde entsprechend dem Berufe der Bearbeiter — Strafanstaltsärzte und Ärzte aus Landesanstalten — in den erwähnten Aufsätzen kaum gedacht.

Diese machte Reich*), Arzt in der Illenau, im Jahre 1871 in einer trefflichen Arbeit zum Gegenstand seiner Untersuchung. Reich hebt die Neigung zu krampfartigen Erscheinungen und die deutliche Trübung des Bewußtseins bei diesen oft unmittelbar an die Verhaftung sich anschließenden Psychosen hervor und glaubt sie denen nahestellen zu dürfen, die sich auch sonst aus Affekten und affektartigen Zuständen entwickelten.

Lange blieb diese Arbeit die einzige über die Untersuchungshaftpsychosen. Erst als Moeli**) in seiner Monographie über irre Verbrecher auf eigenartige Störungen bei Untersuchungsgefangenen hingewiesen hatte, die dann Ganser***) einige Jahre später zum Gegenstand seines bekannten Aufsatzes machte, wurde die Frage von den verschiedensten Seiten wieder aufgenommen. Es erschienen Arbeiten von Jolly, Moeli,

---

*) Reich, Über akute Seelenstörung in Gefangenschaft. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1871, Bd. XXVII, S. 405 ff.

**) Moeli, Über irre Verbrecher. 1888. S. 125.

***) Ganser, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Archiv für Psychiatrie, 1898, Bd. XXX, S. 633 ff.

Neißer, Räcke, Westphal, Lücke, Vorster u. A. über diese psychogenen Seelenstörungen der Untersuchungsgefangenen, die dann Hey*) in einer Monographie zusammenfaßte. Von besonderer Bedeutung wurden die Arbeiten von Räcke**) über den Ganserschen Dämmerzustand und den hysterischen Stupor.

Kraepelins Lehrbuch spiegelt in seinen verschiedenen Auflagen die allmähliche Wandlung der Ansichten wieder. Ursprünglich auf dem Standpunkte Krafft-Ebings stehend, der eine besondere Haftpsychose nicht anerkannte, übernahm Kraepelin in der dritten Auflage seines Lehrbuchs die Ansichten Kirns und schilderte als charakteristische Haftpsychose den halluzinatorischen Wahnsinn. Erst die 6. Auflage brachte bei Kraepelin, der nunmehr über eine reiche eigene Erfahrung verfügte, den Umschwung in seinen klinischen Ansichten: die gemeinsame Entstehung in der Strafanstalt gebe den verschiedensten Psychosen die gleiche Färbung; der allergrößte Teil unterscheide sich im Wesen nicht von denen des freien Lebens und gehöre der Dementia praecox an; ob es eine spezifische Gefängnispsychose gibt, müsse vorläufig unentschieden bleiben.

Dieselben Ansichten sind es auch im wesentlichen, die Rüdin***) in seinem im Jahre 1900 in dieser Versammlung gehaltenen Vortrage verficht: Jede im Gefängnis ausbrechende Psychose kann vorübergehend ein Bild darbieten, wie es schon längst von Gutsch, Kirn u. a. geschildert wurde, eine charakteristische halluzinatorische Episode, den Haftkomplex. Tritt dieser zurück, so bleibt die Grundkrankheit, auf dem er erwuchs. Diese war in der Mehrzahl der Fälle — 53% — eine Dementia praecox. Für die Annahme einer besonderen Haftpsychose fordert Rüdin ihre Entstehung auf nichtpsycho-

*) Hey, Das Gansersche Symptom. Berlin 1904.

**) Räcke, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1901, Bd. LVIII, S. 115.

— Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1901, Bd. LVIII, S. 409.

***) Rüdin, Über die klinischen Formen der Gefängnispsychose. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1901, Bd. LVIII, S. 447ff.

tischem Boden, einen typischen Beginn und Verlauf und Ausgang in Heilung oder einen charakteristischen Schwächezustand. Auf keinen der Fälle trafen diese Bedingungen ein, so daß er das Bestehen einer eigenen Gefängnispsychose leugnen zu müssen glaubte. Als Volontärarzt an der Beobachtungsstation Moabit jedoch glaubte Rüdin*) eine Reihe von Fällen beobachtet zu haben, welche diesen Forderungen gerecht wurden, Gewohnheitsverbrecher, die in akuter Weise bei erhaltener Besonnenheit in der Einzelhaft an massenhaften Gehörshalluzinationen verfolgenden Inhalts erkrankten, auf Grund deren es schnell zu in gewissem Maße systematisierten Wahnbildungen kam, an deren Realität auch nach dem Zurücktreten aller stürmischen krankhaften Erscheinungen festgehalten wird.

Soweit war die Frage gediehen, als mir im vorigen Jahre von der Versammlung das Referat übertragen wurde. Seither sind zwei Arbeiten erschienen, die uns meiner Ansicht nach beträchtlich weitergebracht haben und die manches bereits gesagt haben, was ich Ihnen heute als Neues vortragen wollte; ich meine die Arbeiten von Siefert**) und Bonhoeffer***).

Siefert verarbeitete das Material der Halleschen Beobachtungsstation. Er teilte seine Kranken in zwei scharf geschiedene Gruppen, die echten Psychosen, d. h. die Paralyse, die Epilepsie und vor allem die juvenilen Verblödungsprozesse, und die degenerativen Psychosen, die Geistesstörungen auf dem Boden der Entartung, die eigentlichen Haftpsychosen. Die echten Psychosen entwickeln sich nach Siefert aus inneren Ursachen, sie befallen den Gefangenen, wie sie auch jeden beliebigen Freilebenden befallen hätten, sie sind durch Milieuwechsel nicht beeinflußbar, und intimere Beziehungen zwischen Haftwirkung und Symptomenbildung bestehen bei ihnen nicht. Die degenerativen Psychosen hingegen

---

*) Rüdin, Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahns und ohne Korrektur. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1903, Bd. LX, S. 852ff.

**) Siefert, Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle a. S. 1907.

***) Bonhoeffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. 1907. Diese Sammlung, Bd. VII, Heft 6.

entwickeln sich auf dem Boden der wohl charakterisierten Entartung des Gewohnheitsverbrechers, sie sind Produkte von Anlage und äußerer Einwirkung, stehen in intimstem Zusammenhange mit den Schädlichkeiten der Strafhaft, sind daher durch Milieuwechsel in höchstem Maße beeinflußbar und erhalten ihre Färbung von der jeweiligen Umgebung. Die degenerativen Haftpsychosen, die in seinem Material nicht weniger als 61% ausmachen, teilt Siefert in verschiedene Untergruppen: in hysterische Entartungszustände, einfache Entartungsformen, phantastisch-degenerative Formen, querulatorische, halluzinatorisch-paranoide Formen, haftpsychotische Zustände mit simulierten Symptomen und demenzartige Zustände, Gruppen, die jedoch nicht scharf von einander zu trennen sind.

Bonhoeffer kam in seiner Arbeit über die Degenerationspsychosen, in der er einen Teil seiner in der Breslauer Beobachtungsstation gesammelten Erfahrungen niederlegt, zu einer ähnlichen Einteilung; nur sind bei ihm die Haftpsychosen mit höchstens 35% vertreten. Aus den zahlreichen Bildern, welche die degenerativen Geistesstörungen in der Haft bieten können, greift Bonhoeffer drei besonders charakteristische heraus, die er an Beispielen illustriert: die akute Paranoia, die chronische Paranoia und die originäre Paranoia auf degenerativer Grundlage. Die erstere ist eine einfache paranoide Erkrankung auf dem Boden der Debilität und steht der ursprünglichen Persönlichkeit unvermittelt gegenüber. Die zweite Gruppe, deren Typus der Querulantenwahnsinn ist, stellt die krankhafte Steigerung einer vorhandenen Anlage dar. Die dritte, die originäre Paranoia, verdankt ihren Ursprung der Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins.

Ich werde auf alle diese Krankheitsbilder später noch zurückzukommen haben und wende mich jetzt zur Hauptaufgabe, der Besprechung meines Materials.

Die beiden Tabellen geben uns eine Übersicht über die früher gestellten Diagnosen und die von mir gewählten Krankheitsbezeichnungen.

Das Material besteht demnach aus 277 Fällen, sämtlich männlichen Kranken, die vom April 1891 bis zum Dezember 1906 in der hiesigen Klinik beobachtet wurden. Sie stellen wohl ziemlich

Übersicht der früheren Diagnosen.

Krankheitsbezeichnung	Kislau	Bruchsal	Andere Gefäng-nisse	§ 81	Amts-Gefäng-nisse	Freiheit	Summa:
Verblödungsprozesse	63 (67%)	44 (78%)	14 (82%)	17 (32%)	21 (46%)	7 (64%)	166 (60%)
Degeneratives Irresein	8 (9%)	5 (9%)	3 (18%)	21 (39%)	6 (13%)	3 (27%)	46 (17%)
Epilepsie	7 (7%)	1 (2%)	—	8 (15%)	5 (11%)	1 (9%)	22 (8%)
Delirium tremens	—	—	—	—	10	—	10
Andere Alkoholpsychosen	5	—	—	—	2	—	7
Paralyse	3	1	—	3	—	—	7
Man.-depr. Irresein	2	—	—	—	—	—	2
Lues cerebri	1	—	—	—	—	—	1
Alkoholepilepsie	—	—	—	—	1	—	1
Organ. Irresein	—	—	—	1	—	—	1
Paranoia	2	3	—	—	—	—	5
Melancholie	—	—	—	—	1	—	1
Simulation	—	—	—	2	—	—	2
Unklare Fälle	3	2	—	1	—	—	6
Summa:	94	56	17	53	46	11	277

Übersicht der jetzigen Diagnosen.

Krankheitsbezeichnung	Kislau	Bruchsal	Andere Gefängnisse	§ 81	Amts-Gefängnisse	Freiheit	Summa:
Verblödungsprozesse	58 (61%)	38 (68%)	8 (47%)	10 (19%)	15 (33%)	7 (64%)	136 (49%)
Degeneratives Irresein	19 (20%)	10 (18%)	5 (29%)	33 (62%)	13 (28%)	3 (27%)	83 (30%)
Epilepsie	5 (5%)	1 (2%)	—	2 (4%)	3 (6%)	1 (9%)	12 (4%)
Delirium tremens	—	—	—	—	10	—	10
Paralyse	1	2	—	3	—	—	6
Man.-depr. Irresein	1	—	—	—	1	—	2
Lues cerebri	1	—	—	—	—	—	1
Alkoholepilepsie	—	—	—	—	1	—	1
Unklare Fälle	9	5	4	5	3	—	26
Summa:	94	56	17	53	46	11	277

das vollständige Material dar, das aus den Strafanstalten zu uns überführt wurde, weil es dort geistig erkrankte, oder eine bereits bestehende geistige Störung als solche erkannt wurde. Es ist vervollständigt durch die geisteskranken Untersuchungsgefangenen, die auf Grund des § 81 R. St. P. O. der Klinik überwiesen wurden, und durch einige wenige Fälle, die aus der Freiheit zu uns kamen und in ihrer Vergangenheit in den Gefängnissen Krankheitserscheinungen geboten hatten. Im großen und ganzen darf wohl die Auslese als eine vollständige angesehen werden; möglich ist es, daß ein oder der andere Fall übersehen wurde; die wichtigsten sind jedenfalls alle in den 277 verarbeitet.

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, hat das Arbeitshaus Kislau uns die meisten, 94, Kranke geliefert, die Strafanstalten zu Bruchsal meistens durch Vermittelung des Landeskrankenhauses 56; 17 kamen nach Verbüßung längerer Gefängnis- und Zuchthausstrafen aus anderen, meist ausländischen Strafanstalten. Aus den Amtsgefängnissen wurden uns 46 Personen wegen geistiger Störung überwiesen, und von den zur Beobachtung ihres Geisteszustandes Eingelieferten erwiesen sich 53 als geisteskrank im engeren Sinne, meist waren sie im Gefängnis erkrankt.

Das Material, das mir zur Verfügung stand, ist also ein sehr reiches und mannigfaltiges, mannigfaltiger und vielseitiger als dasjenige, das meinen Vorarbeitern als Unterlage für ihre Ausführungen diente. Vielleicht wird ein Vergleich der einzelnen Gruppen unter sich uns in den Stand setzen, manche Widersprüche in den Schlüssen der einzelnen Autoren zu erklären, und uns ein Verständnis für die Gründe der Differenz ihrer Anschauungen geben.

Da ich die Ansicht vertrete, daß zur Stellung der Diagnose in vielen Fällen die Kenntnis des Zustandsbildes nicht ausreicht, sondern ein Verständnis für das Wesen der Störung nur möglich ist auf Grund eines genauen Vertrautseins mit der Persönlichkeit, so habe ich mir an der Hand der Akten Licht zu verschaffen versucht. Bei der mir zur Verfügung stehenden Zeit ist mir das nicht in allen Fällen gelungen, und ich gebe daher zu, daß eine weitere Vertiefung in das reiche

Material mich vielleicht hin und wieder zu einem anderen Schlusse kommen lassen wird. Im großen und ganzen glaube ich aber mit der nötigen Vorsicht bei der Stellung der Diagnose vorgegangen zu sein. Das mag die verhältnismäßig große Zahl von als unklar bezeichneten Fällen bezeugen, von denen ein großer Teil sich durch persönliche Nachuntersuchung gewiß noch klären wird. Fast immer war ich in der Lage, selber Nachuntersuchungen anzustellen oder eindeutige briefliche Auskunft zu erlangen; wo dies nicht mehr möglich war, hatten die Herren Anstaltsärzte von Emmendingen und Pforzheim die Güte, mir ihre Diagnose mitzuteilen, die sich fast in allen Fällen mit der meinigen, aus der Krankheitsgeschichte gestellten, decken. So glaube ich, daß die zusammengestellten Diagnosen als denkbar zuverlässig betrachtet werden dürfen.

Werfen wir jetzt einen Blick auf die Diagnosentabelle, so sehen wir, daß die bei weitem größte Zahl, etwa vier Fünftel aller Fälle in die beiden großen Krankheitsgruppen der juvenilen Verblödungsprozesse und des degenerativen Irreseins fallen; die übrigen Psychosen spielen diesen Gruppen gegenüber nur eine ganz nebensächliche Rolle.

Ganz fehlt die senile Demenz, was auch mit den Beobachtungen anderer übereinstimmt. Siefert sagt mit Recht, daß die senile Hirndegeneration offenbar keinen günstigen Boden für die Entwickelung von haftpsychotischen Störungen abgibt. In der Tat habe ich auch nur einmal gesehen, daß sich bei einem 53jährigen, schwer belasteten, stark dem Trunke ergebenen Manne, der die Zeichen des beginnenden Seniums zeigte, in der Untersuchungshaft ein Ganserscher Symptomenkomplex entwickelte. Hingegen glaube ich den Eindruck gewonnen zu haben, daß die beginnende senile Demenz unter den schädigenden Wirkungen der Strafhaft bisweilen besonders schnelle Fortschritte mache, und einmal konnte ich rapiden geistigen Verfall eines präsenilen Sittlichkeitsverbrechers während der mit vielen Aufregungen für ihn verbundenen Untersuchungshaft beobachten. Immerhin kommen auch in der Haft senile Psychosen vor; Kirn beschreibt verschiedene Fälle. Sie unterscheiden sich aber durch nichts von den in Freiheit beob-

achteten; der Rüdinsche Haftkomplex wird bei ihnen anscheinend nicht beobachtet.

Dasselbe gilt offenbar auch von den anderen schweren organischen Hirnerkrankungen, die in Form einer Lues cerebri und sechs Paralysen in unserem Material vertreten sind. Die Erscheinungen der Psychose waren auch in dem akuten Stadium in keiner Weise verschieden von denen, die wir unter anderen Verhältnissen beobachten; Beeinträchtigungswahn gegen das Aufsichtspersonal, Halluzinationen verfolgenden Inhalts, die auf die Umgebung zurückgeführt worden wären, wurden nie beobachtet. Auch in der Literatur habe ich kein einziges Beispiel von Paralyse gefunden, wo dies der Fall gewesen wäre.

Die alkoholischen Psychosen sind durch einen Fall von Alkoholepilepsie und vor allem durch zehn Fälle von Delirium tremens vertreten, die sich sämtlich in den Amtsgefängnissen während der Untersuchungshaft oder während der Verbüßung kleiner Haftstrafen wegen Bettels, Ruhestörung usw. in den ersten Tagen, meist am zweiten oder dritten Tage nach der Verhaftung, manchmal wohl unter dem Einflusse der plötzlich erzwungenen Abstinenz, entwickelten. Auch diese Fälle unterschieden sich durch nichts von den Formen des freien Lebens.

Eine sehr auffällige und schwer zu erklärende Tatsache ist die anscheinend außerordentliche Seltenheit des manisch-depressiven Irreseins in den Strafanstalten. Zwar ist es eine ganz gewöhnliche Erscheinung, daß die Kranken in der Hypomanie sich allerlei Straftaten zuschulden kommen lassen und dann wegen Bettenls und Landstreichens, Diebstählen und Schwindeleien, Vergehen gegen die Person und Rauschdelikten in Haft kommen. Zwei solcher Kranker befinden sich auch unter unseren Fällen, und ihre Zahl hätte sich bei sorgfältiger Durchforschung unserer Manisch-depressiven noch vergrößern lassen. Daß aber ein „gesunder“ Rechtsbrecher im Gefängnis an manisch-depressivem Irresein erkrankt, zählt offenbar zu den seltenen Ausnahmen. Es ist das eine Erscheinung, auf die schon wiederholt hingewiesen wurde. Kirn hebt die Seltenheit der sonst so häufigen Melancholia simplex und der Melancholia stupida im Vergleich zu den übrigen Melancholien her-

vor; Kühn sah mit ganz seltenen Ausnahmen melancholische und manische Intervalle nur im Verlaufe schon bestehender typischer Erkrankungen, niemals als selbständige Psychosen. Ich habe bei meinen wiederholten Untersuchungen „normaler“ Korrigenden niemals Manisch-Depressive, Zyklothyme, Zwangsvorstellungen und verwandte Degenerationsformen gesehen, trotzdem ich mein besonderes Augenmerk darauf gehabt habe*). Auch Siefert meint, daß echte akute Psychosen (d. h. im großen und ganzen wohl das, was Kraepelin als manisch-depressives Irresein bezeichnet) in der Strafhaft äußerst selten seien. Bonhoeffer bestätigt diese Erfahrungen ebenfalls; in seinem Material betrug das manisch-depressive Irresein 3 %, wobei nicht erwähnt ist, ob die Krankheit in diesen Fällen in der Strafanstalt entstanden war oder schon zur Zeit der Tat bestanden hatte. Also nach den übereinstimmenden Aussagen aller, die der Frage Aufmerksamkeit geschenkt haben, zählt das manisch-depressive Irresein in der Strafhaft zu den größten Seltenheiten, und unter den in der Literatur wiedergegebenen Krankengeschichten finden sich nur einige von Kirn veröffentlichte Fälle, die vielleicht als solche aufzufassen sind. Diese große Seltenheit ist um so auffälliger, als das manisch-depressive Irresein zweifellos oft durch äußere Anlässe, Kummer, Sorgen, körperliche oder geistige Strapazen ausgelöst wird und man von vornherein in der Verhaftung, der Untersuchungshaft, der Verurteilung, der Strafhaft solche auslösende Momente wohl erkennen könnte. Die Seltenheit der Manien und Depressionen in der Strafhaft läßt meiner Ansicht nach nur zwei Erklärungen zu: entweder äußert sich die Erkrankung in der Strafanstalt in einer von der im freien Leben beobachteten Form abweichenden Weise, sie nimmt eine Färbung an, die uns das klinische Bild verschleiert, sie verbirgt sich hinter irgend einer anderen, uns als etwas Besonderes erscheinenden Form der Degeneration. Dieser Ansicht neigt offenbar Siefert zu, wenn er von inneren Beziehungen zwischen den moralisch schwachsinnigen Verbrechern und den echten zirkulären Entartungsformen spricht.

*) Siehe auch Wilmanns: Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins etc. Sammlung klinischer Vorträge, Serie XV, Heft 14, 1906, S. 4.

Ich glaube nicht an diese inneren Beziehungen; wenngleich ich zugeben will, daß sich gewisse atypische Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins nicht scharf von den degenerativen Psychosen im engeren Sinne trennen lassen, so halte ich es doch noch für die charakteristischste und am leichtesten zu umgrenzende Psychose auf dem Boden der Entartung. Ihre Kennzeichen, die manischen und depressiven Komplexe, sind so ungemein typisch und treten in so charakteristischer Weise selbst in den absonderlichsten Krankheitsbildern in Erscheinung, daß der Einfluß des Strafmilieus sie uns sicher nicht verwischen kann. Ich glaube vielmehr die Seltenheit des manisch-depressiven Irreseins in den Strafanstalten in dem eigenartigen Wesen der Veranlagung selbst suchen zu müssen. Die Manisch-Depressiven und Zyklothymen zeigen eine angeborene ausgesprochene Tendenz, nicht nur zu künstlerischer Betätigung, sondern auch zu sozialer Lebensführung, welche ihnen durch die meist gute, oft hervorragende Entwickelung ihrer Intelligenz und ihres Gefühlslebens ermöglicht wird. Begehen sie Straftaten, so sind sie meist das Ergebnis krankhafter Erregungszustände und bleiben Einzelvorkommnisse in ihrem Leben, zu gewohnheitsmäßigen Rechtsbrechern werden sie anscheinend nicht. Das ist der Grund, warum sich unter den Korrigenden und anderen habituellen Antisozialen keine derartigen Kranken finden und umgekehrt unter den zahllosen Fällen dieser Psychose, die wir in unserer Klinik beobachteten, keiner festgestellt wurde, der in seinen freien Zwischenzeiten eine gewohnheitsmäßig kriminelle Lebensführung gezeigt hätte.

Sehen wir zunächst von der Epilepsie ab und wenden wir uns derjenigen Krankheitsgruppe zu, der die meisten unserer Fälle angehören, der Dementia praecox, den juvenilen Verblödungsprozessen. Bei der vorläufigen Aussichtslosigkeit, diese Erkrankungen in eigentliche Krankheitsbilder zu zerlegen, unterlasse ich jede weitere klinische Gliederung und teile die 136 Fälle in ähnlicher Weise wie Rüdin nach sozialen und kriminalpsychologischen Gesichtspunkten in drei Gruppen: die Landstreicher, die Gewohnheitsverbrecher und die Gelegenheitsverbrecher.

Die Landstreicher entstammen zum überwiegenden Teile dem Arbeitshause Kislau. Ein Teil wurde in den Amtsgefängnissen zufällig als Geisteskranke erkannt und der Klinik überwiesen, einige wenige kamen aus der Bruchsaler Strafanstalt zu uns. Auf die Geistesstörungen dieser Gruppe bin ich an anderer Stelle ausführlich eingegangen. Ich beschränke mich daher darauf zu erwähnen, daß der größere Teil der untersuchten Landstreicher erst infolge der schleichend sich entwickelnden Geistesstörung oder infolge eines nach akuter Psychose erworbenen Defekts in die vagabundierende Lebensführung hineingeraten war, während bei den übrigen andere Gründe für den sozialen Verfall verantwortlich gemacht werden konnten und sich die geistige Störung erst während der unsteten Lebensführung entwickelt hatte. In den meisten Fällen stand aber auch hier der größere Teil des kriminellen Vorlebens bereits unter dem Zeichen der Geisteskrankheit.

Während es bei den Landstreichern infolge der kurzen und mangelhaften Akten oft schwierig, ja unmöglich war, den Beginn der Erkrankung mit einiger Sicherheit zu bestimmen, wird uns das bei der zweiten Gruppe, den Gewohnheitsverbrechern, sehr wesentlich erleichtert. Umfangreiche aktenmäßige Erhebungen über die Herkunft, Erziehung und Entwickelung, zahllose Strafakten mit eingehenden Schilderungen der Lebensführung, der strafbaren Handlungen und ausführlichen Verhören, detaillierte Personalakten aus den verschiedensten Strafanstalten mit erschöpfenden Angaben über das Verhalten und die Führung des Sträflings, eigenhändige Briefe und Gesuche, seelsorgerische Charakteristiken und ärztliche Zeugnisse geben uns ein überreichliches Material zur Beurteilung der Entstehung und Entwickelung der Erkrankung. Das Ergebnis dieses Aktenstudiums ist, daß im Gegensatz zur Landstreichergruppe die Geisteskrankheit nur in seltenen Fällen die auslösende Ursache für die kriminelle Lebensführung ist. Nur bei einigen wenigen aus Bruchsal eingelieferten Personen gaben uns die Akten Grund zur Annahme, daß ursprünglich soziale Elemente infolge einer schleichenden Dementia praecox oder eines erworbenen Defektes in die Bahn des Verbrechens getrieben wurden. Die Kriminalität dieser

Personen trägt die Zeichen der Schwäche; plumpe, ohne jede Überlegung ausgeführte Diebstähle, schwachsinnige Betrügereien, vereinzelte energielose Sittlichkeitsdelikte wechseln ab mit Bettel und Landstreicherei. Kriminalpsychologisch gehören diese wenigen Gewohnheitsverbrecher in die Landstreichergruppe.

Die weitaus größere Mehrzahl der habituell Kriminellen ist jedoch lange vor Ausbruch der Erkrankung antisozial gewesen. Zeigten sie auch keine Erscheinungen einer schweren Entartung, so werden sie uns doch als von frühester Kindheit auf abnorm geschildert, als leichtfertig, lüderlich, leichtsinnig und haltlos, widerspenstig, trotzig, unbotmäßig und ungehorsam, roh, händelsüchtig, rauflustig und zanksüchtig, verschlagen, heimtückisch und hinterlistig, einige als argwöhnisch und eingebildet, bei anderen wird frühe Neigung zu Lüge und Diebstahl erwähnt, nur wenige werden als faul und träge und dumm bezeichnet. Bei vieren von den 38 Kranken wurde Zwangserziehung angeordnet. Infolge unglücklicher Veranlagung und ungünstiger häuslicher Verhältnisse — vier waren unehelich geboren, zwei wurden in Waisenhäusern erzogen — gerieten sie schon früh in die Verbrecherlaufbahn, zogen sich Strafe auf Strafe zu, bis oft erst nach vielen Jahren die ersten Zeichen der progredienten Erkrankung in schleichender oder akuter Weise sich geltend machten.

Endlich als dritte Gruppe fassen wir eine Reihe von bis dahin sozialen Personen zusammen, die im Anschluß an die erste Straftat entweder in der Untersuchungs- oder in der Strafhaft erkrankten. Die Art der strafbaren Handlungen — Brandstiftung, um die hohe Versicherungssumme zu gewinnen, Kindestötung, Betrug u. a. m. — bietet nichts Auffälliges; das Benehmen der Kranken während der wiederholten Verhöre läßt nichts Pathologisches erkennen; die Anamnese gibt keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß etwa schleichende Veränderungen schon vor Begehung der Tat bestanden hätten.

Diese in den drei Gruppen zusammengestellten Krankheitszustände sind gleichzeitig diejenigen, die von jeher als die häufigsten und markantesten im Mittelpunkte des Interesses aller Forscher auf diesem Gebiete gestanden haben. Ein kleiner, wohl charakterisierter Ausschnitt aus der in Rede stehenden

Erkrankung war der Gegenstand der Delbrückschen Ausführungen; die späteren Arbeiten von Köhler, Näcke, Sommer, Kühn u. A. schenkten ihnen vorzugsweise ihre Aufmerksamkeit. Alle Forscher von Delbrück bis zu Rüdin waren sich darüber einig, daß die Schädigungen der Haft imstande seien, bei disponierten Personen die progrediente Erkrankung zu erzeugen, daß eine rechtzeitige Unterbrechung des Strafvollzugs die weitere Entwickelung der entstehenden Erkrankung zu hemmen oder ganz zu unterdrücken vermöge, daß endlich das Strafanstaltsmilieu der Erkrankung in vielen Fällen eine wohl charakterisierte Färbung verleihe. Diese Sätze galten als vollkommen fest und unumstößlich, und so ungeheuer auch die Ansichten der verschiedenen Forscher untereinander differieren, in diesen Punkten herrscht große Einigkeit.

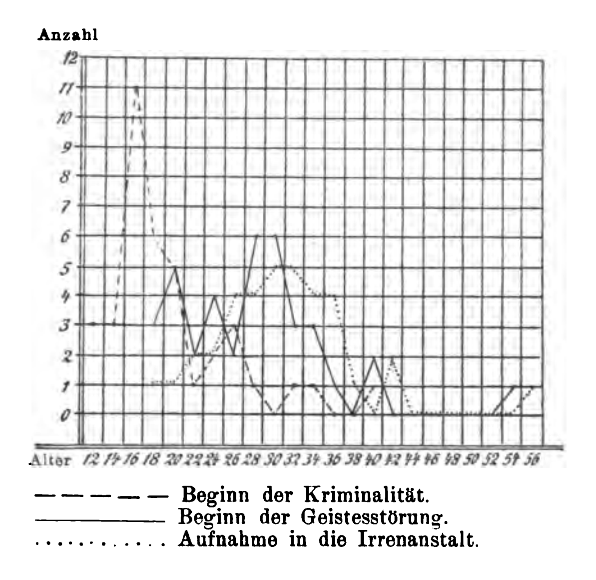
Siefert hat sich gegen diese Anschauungen gewandt. Er bestreitet den Einfluß des Strafmilieus auf die Entwickelung der „echten" Psychosen. Nach seiner Meinung entstehen und wachsen sie aus inneren Ursachen, befallen den kriminellen Menschen, wie sie auch einen beliebigen freilebenden, nicht kriminellen Menschen befallen hätten, sind durch Milieuwechsel nicht beeinflußbar, und intimere Beziehungen zwischen Haftwirkung und Symptomenbildung bestehen nicht.

Diese drei Tatsachen würden gewiß von außerordentlicher Wichtigkeit für die rechtzeitige Erkennung und Behandlung der Dementia-praecox-Psychose sein, wenn sie sich wirklich als zutreffend erweisen sollten.

Versuchen wir einmal an der Hand unseres Materials zu dieser Frage Stellung zu nehmen.

Die nebenstehende Kurve gibt uns die drei wichtigen Lebensabschnitte sämtlicher 38 aus den Strafanstalten zu Bruchsal zu uns überführten Dementia-praecox-Kranken wieder, den Beginn der Kriminalität, den Beginn der geistigen Störung und die Übernahme in die Irrenanstalt. Man ersieht daraus, daß die Kurve des Beginns der Kriminalität im 12. Jahre beginnt und im 16. und 17. Lebensjahre ihren Höhepunkt erreicht, um dann schnell abzufallen. Der Beginn der geistigen Störung liegt im 18. und 19. Lebensjahre und

zeigt seinen Höhepunkt zwischen 28 und 30 Jahren. Nur wenige Kranke — höchstens vier oder fünf — mögen schon bei Beginn ihrer Kriminalität krank gewesen sein, die große Mehrzahl, jedenfalls über 30, erkrankte erst in den Strafanstalten und zwar meist nach Jahren. Nun fragt es sich, **darf das Zusammenfallen von langer Strafhaft und Geistesstörung als rein zufällig betrachtet werden?** Wurden diese Gewohnheitsverbrecher von einer progredienten



— — — — — — Beginn der Kriminalität.
———————— Beginn der Geistesstörung.
. . . . Aufnahme in die Irrenanstalt.

Psychose wie ein beliebiger freilebender, nicht krimineller Mensch befallen? Ich bin der Überzeugung, daß wir auf Grund unserer heutigen Kenntnisse vollkommen außer Stande sind, diese Frage befriedigend zu beantworten. Selbst wenn statistisch festgestellt werden könnte, daß in der Strafhaft mehr Personen an einer frischen Dementia praecox erkrankten als in der Freiheit, würde das noch keineswegs ausschließen, daß die Sträflinge nicht auch unter günstigen Lebensbedingungen davon befallen worden wären. Denn es leuchtet ein, daß ein Vergleich zwischen Verbrechern und Unbescholtenen schon wegen der ganz verschiedenen Veranlagung und damit auch wohl Krankheitsneigung nicht ohne weiteres angängig ist.

Keinesfalls darf die oben geschilderte Veranlagung eines großen Teiles der Gewohnheitsverbrecher als das erste Symptom, als der Keim der später sich entwickelnden Geistesstörung betrachtet werden. Denn abgesehen davon, daß diese geschilderten Eigenschaften durchaus nichts für die juvenilen Verblödungsprozesse Kennzeichnendes haben und unter sich wieder recht verschieden sind, treten sie bereits in einem Alter in Erscheinung, wo die Dementia praecox sich noch nicht zu entwickeln pflegt. Auch wurden sie nur bei einem Teile unserer Kranken erwähnt, bei anderen waren offenbar häusliche, soziale Verhältnisse die vorzügliche Ursache für das frühe Scheitern; ich erinnere nur an die vier unehelichen und zwei Waisenkinder unter den 38. In einer Reihe von Fällen endlich erkrankten ursprünglich soziale Personen im Anschluß an eine erste Strafhaft, Persönlichkeiten, die bis dahin in keiner Weise etwas Auffälliges geboten hatten.

Gerade in diesen Fällen drängt sich einem die Überzeugung auf, daß die Wirkungen der Haft den Anstoß für den Ausbruch einer progredienten Erkrankung gegeben haben könnten. Schwierig ist es freilich, eine Erklärung dafür zu finden, uns vorzustellen, in welcher Weise, durch welche Schädlichkeiten der Gefängnisaufenthalt eine Dementia praecox auslösen kann. Dabei sind wir lediglich auf theoretische Erörterungen angewiesen. Schon jetzt läßt sich sagen, daß die seelischen Erregungen, die sich an die Verhaftung, die Verhöre und die Verurteilung anschlossen, und die psychischen Wirkungen der langen Haft, die Reue, die Trennung von den Angehörigen, und was sonst noch von den früheren Forschern angeführt worden ist, daß diese nicht die unmittelbare Ursache für den Ausbruch der Verblödungsprozesse sein können. Solche psychischen Momente sehen wir auch in der Freiheit keine Dementia praecox erzeugen, und wo es bisweilen den Anschein hat, handelt es sich nur um äußerlich ähnliche Symptomenkomplexe, um hysterische und degenerative Psychosen.

Nach Ansicht einiger Forscher spricht manches dafür, daß die Dementia praecox einer spezifischen Autointoxikation ihren Ursprung verdanke: einmal das häufige Auftreten von schweren Stoffwechselstörungen bei den juvenilen Verblödungsprozessen

und ferner die Beziehungen dieser Erkrankungen zur Pubertät, zur Menstruation, zur Laktation und zur Gravidität, also zu körperlichen Zuständen, die bekanntermaßen mit umwälzenden Stoffwechselvorgängen verknüpft sind. Allein diese Theorie steht vorläufig noch auf schwachen Füßen: die Stoffwechselstörungen bei Dementia praecox können ebensowohl die Folge als die Ursache des Prozesses im Zentralnervensystem sein, und die Beziehungen der Psychose zum Fortpflanzungsgeschäft sind nur gelegentliche und durchaus nicht besonders innige. Trotzdem erfreut sich die Anschauung, daß die Dementia praecox eine Autointoxikationspsychose sei, einer ziemlichen Verbreitung.

Für die Anhänger dieser Lehre verliert das häufige Auftreten von juvenilen Verblödungsprozessen in der Strafhaft manches Rätselhafte, denn wenn irgendwo, so ist im Zuchthaus und Gefängnis der Ort gegeben, wo es zu gewaltigen Umwälzungen im Stoffwechsel kommt. Die Entziehung von Luft, Licht und Bewegung, die einförmige Ernährung führen in überaus häufigen Fällen zu schweren Ernährungsstörungen; Verdauungsstörungen, hartnäckige Obstipation und Diarrhöe, skorbutartige Erkrankungen, schwere Anämie und vor allem die Phthise sind auch in gut geleiteten Strafanstalten an der Tagesordnung. Bereits Gutsch hat durch regelmäßige Wägungen der Sträflinge festgestellt, daß bei allen zunächst eine Abnahme des Körpergewichts und zwar am stärksten in den ersten sechs Monaten der Haft stattfindet, und daß dieses dann oft stationär bleibt. Ist die Ansicht richtig, daß die Dementia praecox durch starke Umwälzungen im Stoffwechsel ausgelöst werden kann, so werden wir auch in den Ernährungsstörungen durch die Strafhaft ein veranlassendes Moment finden können. Alsdann dürften wir die erste Frage umso eher bejahen und annehmen, daß die Strafhaft eine Dementia praecox auch bei Personen erzeugen kann, die unter Umständen davon verschont geblieben wären.

Leichter fällt uns die Lösung der zweiten Frage, ob die Aufhebung der Strafhaft und die Versetzung in ein anderes Milieu von Einfluß auf die Äußerungen der Psychose ist. Bei weit fortgeschrittener Erkrankung ist das sicher nicht der Fall. Daß aber die Auf-

hebung der Isolierhaft, die Versetzung in Gemeinschaftshaft, die Überführung des Kranken in das Lazarett die Äußerungen der beginnenden Erkrankung bisweilen sogar momentan zurücktreten lassen kann, unterliegt nicht dem mindesten Zweifel.

Wir haben selbst oft genug diese Erfahrung gemacht, und die ausgezeichneten Schilderungen der Strafanstaltsärzte von Bruchsal weisen immer wieder auf den günstigen Einfluß des Milieuwechsels hin. Daß Siefert das übersehen konnte, läßt sich wohl dadurch erklären, daß er diese Psychosen erst im Stadium vorgerückter Verblödung zur Beobachtung bekam und über ihre Entwickelung nicht so erschöpfende Darstellungen wie wir erhielt. Wenn die Dementia praecox eine durch einen schweren anatomischen Prozeß gekennzeichnete Psychose ist, wie wir jetzt wohl allgemein annehmen, so ist dies allerdings eine sehr auffällige Erscheinung, die zunächst der anatomischen Natur des Prozesses zuwider zu laufen scheint. Allein wir machen ganz ähnliche Beobachtungen bei Psychosen, deren anatomische Grundlage gleichfalls außer Zweifel steht: wir sehen die Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen der senilen Kranken nach ihrer Versetzung in die Irrenanstalt oft für Wochen und Monate zurücktreten, die lebhaften Halluzinationen der chronischen Halluzinanten können nicht selten durch ihre Versetzung auf eine andere Abteilung sofort, wenigstens für eine Zeit, abgeschnitten werden, und daß ein stuporöser Katatoniker durch irgend ein unerwartetes Ereignis, durch Besuch seiner Angehörigen, Versetzung zwischen arbeitende Kranke u. a. aus dem Stupor erwachen kann, weiß jeder erfahrene Irrenarzt. Die Äußerungen der Verblödungsprozesse sind überhaupt in viel höherem Maße, als gewöhnlich angenommen wird, von der Erziehung und dem Milieu, in dem sie sich entwickeln, abhängig; vergleicht man die Produkte einer jahrzehntelangen Isolierung mit den Resultaten moderner Arbeitsbehandlung, so glaubt man fast zwei verschiedene Krankheiten vor sich zu sehen.

Fraglicher erscheint es, ob die Ansicht der alten Psychiater richtig ist, daß durch rechtzeitige Aufhebung der Strafhaft auf die Entwickelung der beginnenden Erkrankung so eingewirkt werden kann, daß ein Stillstand oder gar eine völlige Heilung eintreten

kann. Theoretisch ist das nach unseren bisherigen Ausführungen nicht ganz von der Hand zu weisen. Nehmen wir als auslösende Ursache der Dementia praecox einen durch die Schädigungen der Strafhaft entstandenen Stoffwechselprozeß an, so ist es immerhin denkbar, daß die Aufhebung der Strafhaft günstig auf den Stoffwechselprozeß und mithin auch auf die Dementia praecox wirke. Praktisch sind solche Heilungen naturgemäß schwer zu beweisen. Immerhin verfüge ich über einige Fälle, die für die Richtigkeit dieser Erwägungen zu sprechen scheinen: sie erkrankten in der Strafhaft, im Krankenhause traten die Störungen bald zurück, sie wurden „geheilt“ in die Freiheit entlassen, begingen eine neue Straftat, wurden ins Zuchthaus zurückversetzt, erkrankten von neuem und verblödeten. Andere allerdings wurden in der Freiheit von einem Rückfall heimgesucht, der diesmal zur Verblödung führte, und es erscheint gewiß fraglich, ob die ersteren nicht ebenfalls diesem Schicksale verfallen wären, wenn sie nicht wieder mit der Strafanstalt in Berührung gekommen wären.

Jedenfalls unterliegt es keinem Zweifel, daß die alten Psychiater recht hatten, wenn sie dem Milieuwechsel einen bedeutenden Einfluß auf den Gang und die Äußerungen der Verblödungsprozesse zuschrieben.

Ich habe schon vorhin darauf hingewiesen, wie außerordentlich das Bild der Dementia praecox durch äußere Momente beeinflußt wird. Wahnideen und Halluzinationen nehmen ihren Inhalt aus der Umgebung. Bricht die Erkrankung mehr oder weniger akut aus, geht ihr höchstens eine kürzere, leichte Verstimmung mit Beziehungswahn, Mißtrauen, Argwohn und Angst voraus, so bietet sich uns das Bild, das bereits von den verschiedensten Autoren, insbesondere von Sommer, als „Gefängniswahnsinn“, von Kirn als „Verbrecherwahnsinn“ geschildert wurde. Ziemlich plötzlich bricht eine hochgradige Erregung aus, der Kranke hat lebhafte Halluzinationen, vorwiegend des Gehörs, er hört Stimmen verspottenden und drohenden Inhalts, klagt über allerlei Sensationen, besonders sexueller Natur, äußert Verfolgungs- und Vergiftungsideen gegen die Strafanstaltsbeamten. Je mehr die Persönlichkeit zerstört wird, desto „organischer“ werden die Äußerungen der Er-

krankung, desto weniger macht sich der Einfluß der Umgebung auf sie geltend. Mit zunehmendem geistigen Verfall werden die Verfolgungsideen immer verworrener, Größenideen bilden sich aus, und schließlich entwickelt sich das Bild des Endzustandes mit Stereotypien, Sprachverwirrtheit, Wortneubildungen usw.

In noch viel höherem Maße färbt aber das Strafanstaltsmilieu die schleichend beginnende Dementia praecox. Der schleichende Beginn ist überhaupt wohl häufiger als der ganz akute Ausbruch; nur ist er uns aus eigener Anschauung verhältnismäßig recht wenig bekannt. In psychiatrische Behandlung kommen diese Kranken fast nur, wenn hypochondrische Beschwerden sie zum Arzte führen. In den häufigen Fällen, wo die ersten Erscheinungen der Krankheit sich lediglich in der Charakterveränderung zeigen, in der zunehmenden Indolenz und Reizbarkeit, Rechthaberei, Gespreiztheit und Absonderlichkeit wird kaum ärztlicher Rat zugezogen, um so weniger, als die Zurückgezogenheit und Menschenscheu die Kranken schwerere Konflikte vermeiden läßt.

Diese allmähliche Wesenswandlung muß aber in einem Milieu wie das der Strafanstalt, das streng auf einen Durchschnittstypus hin eingerichtet ist, eine individualisierende Behandlung nicht kennt und jede widersetzliche Regung mit scharfen Disziplinarmaßregeln zu unterdrücken sucht, über kurz oder lang zu ernsten Zusammenstößen führen. Schon Delbrück sagte: „So oft ich die Strafanstaltsakten irrer Verbrecher durchging, fand ich eine Periode ihrer Gefangenschaft, wo Klagen über mangelhafte Arbeit oder hartnäckige Arbeitsverweigerung und vielerlei andere Exzesse gegen die Hausordnung kein Ende nahmen und die härtesten Strafen nach sich zogen.“ Das sind offenbar die hebephrenen Prodromalstadien mit ihren massenhaften Strafen wegen Arbeitsscheu, Renitenz, Mutwillens usw., wie auch wir sie oft Monate und Jahre dem stürmischen Ausbruche der Erkrankung vorausgehen sahen.

Dieses Initialstadium der Dementia praecox kann nun in der Strafhaft ein Aussehen gewinnen, das außerordentlich an

gewisse funktionelle Psychosen erinnert und die Abgrenzung von äußerlich ähnlichen, im Wesen aber ganz verschiedenen Zuständen sehr erschwert.

Bereits Delbrück wies darauf hin, daß in der Vorgeschichte seiner irren Verbrecher „Anträge auf Revision der Akten, abermalige Untersuchung ihrer Sache, die Behauptung rechtswidriger Verurteilung, der Unschuld" häufig wiederkehren. Das trifft in der Tat zu, und unter unseren 38 Bruchsaler Fällen entsprechen vier ziemlich genau den Delbrückschen Schilderungen: sie sind alle von jeher abnorme Persönlichkeiten, von Jugend auf verschlagen, hinterlistig, heimtückisch, leichtsinnig, lügnerisch, unstet und reizbar, kamen früh mit dem Gesetze in Konflikt und gerieten schnell in die Verbrecherlaufbahn. Während ihrer früheren Verwahrungen in Strafanstalten hatten sie nichts Bemerkenswertes geboten; erst während der letzten Haft, oft nach mehreren Jahren unauffälliger Führung treten sie mit der Behauptung hervor, sie seien zu Unrecht verurteilt worden, beginnen, sich mit Beschwerden um Wiederaufnahme des Verfahrens an die Gerichte zu wenden, benennen neue Zeugen usw. Da hierauf nicht eingegangen wird, werden sie erregt, behaupten, sie seien in ihren Rechten vergewaltigt, die Rechtsmittel würden ihnen in unerlaubter Weise verweigert, die Gesuche um Wiederaufnahme werden wiederholt, die Richter als voreingenommen, parteiisch, bestochen bezeichnet; allmählich mehren sich die protokollarisch abgefaßten Beschwerden an die Behörden, die Verdächtigungen der Richter und Zeugen, die Anzeigen gegen sie wegen angeblichen Meineides ins Ungeheure. Die Umgebung wird mit in den Wahn hineingezogen, die Aufseher sind die raffinierten Peiniger, die Beamten die Komplizen bestochener, ungerechter Richter, der Strafvollzug eine himmelschreiende Ungerechtigkeit. Die Erscheinungen erreichen allmählich eine solche Schwere, daß an ihrer Krankhaftigkeit nicht mehr gezweifelt wird und die Personen dem Krankenhause überwiesen werden. Hier tritt in den meisten Fällen — und das sei ganz besonders betont — eine wesentliche Besserung auf, die Kranken beruhigen sich, die Wahnideen treten zurück und zuweilen in einem so hohen Maße, daß Aussicht auf völlige Heilung vor-

handen zu sein scheint. Nach Monaten, in einem Falle nach mehr als einem Jahre, mehren sich wieder die krankhaften Erscheinungen; die Gefangenen werden deprimiert, äußern hypochondrische Ideen, werden ängstlich, verweigern die Nahrung und Arbeit, tragen sich mit Selbstmordgedanken und machen zum Teil auch Versuche, sich das Leben zu nehmen. Schnell entwickelt sich daraus das typische Bild der paranoiden Verblödung. Die Kranken werden von lebhaften Sinnestäuschungen, vorzüglich des Gehörs, befallen, sie hören die Beamten vor ihrer Zelle sprechen, sie verspotten, bedrohen, sie empfinden allerlei körperliche Sensationen, besonders sexueller Natur, sie werden künstlich gereizt, es wird Unzucht mit ihnen getrieben, ihre Gedanken werden abgezogen, erpreßt, übertragen und übersetzt, es findet Gedankenüberschwingung statt usw. Die Erkrankung macht dann schnelle Fortschritte; die Fälle bieten jetzt alle das Bild fortgeschrittener Verblödung mit zerfahrener Wahnbildung, Sprach- und Schriftverwirrtheit.

Es handelt sich also in diesen Fällen um Dementia praecox-Kranke, bei denen das hebephrene Prodromalstadium vorübergehend eine so überraschende Ähnlichkeit mit dem Querulantenwahnsinn annahm, daß der erfahrene Strafanstaltsarzt zunächst auch diese Erkrankung diagnostizieren zu müssen glaubte. — Die Tatsache verliert viel von ihrer Auffälligkeit, wenn wir uns erinnern, daß fast jede langsam sich entwickelnde organische Erkrankung körperlicher oder seelischer Natur gewissermaßen ihr „funktionelles“ Vorstadium hat, das von ähnlichen, wirklich funktionellen Störungen sehr schwer zu unterscheiden ist. Ich erinnere nur an die charakteristischen Initialsymptome der Paralyse, der Arteriosklerose u. a., deren Abgrenzung von neurasthenischen Beschwerden auch dem Sachverständigen große Schwierigkeiten machen kann. In unseren Fällen nahm das halsstarrige, unzufriedene, rechthaberische Wesen der beginnenden Hebephrenie den Charakter einer Erkrankung an, die sich sonst bei Personen zu entwickeln pflegt, bei denen diese Eigenschaften dauernde sind.

Die Vernachlässigung aller dieser Tatsachen, die vorgefaßte Meinung, daß die Strafhaft als auslösendes Moment für die progredienten Psychosen nicht in Betracht kommen könne,

daß der günstige Einfluß eines Milieuwechsels das Bestehen einer Dementia praecox, wenn auch nicht ausschließe, so doch unwahrscheinlich mache, besonders aber, daß die Verblödungsprozesse nur unbedeutende Züge aus ihrer Umgebung entnehmen, hat Siefert in vielen Fällen verleitet, in den Äußerungen der Dementia praecox die Erscheinungen einer heilbaren degenerativen Psychose zu sehen. Der Prozentsatz der in Verblödung übergehenden Gefängnispsychosen ist somit in dem Siefertschen Material sicher größer, als er anzunehmen geneigt ist.

M. H.! Bevor wir uns jetzt zu einer weiteren Gruppe, der Epilepsie, wenden, erscheint es wünschenswert, das Krankheitsbild mit einigen Worten zu definieren:

Der Begriff der Epilepsie hat im Laufe der letzten Jahrzehnte außerordentliche Wandlungen erfahren; auf der einen Seite ist er bedeutend eingeengt, auf der anderen aber noch stärker erweitert worden. Eingeengt ist er auf Grund der klinischen Erfahrung, daß der Krampfanfall mit Bewußtseinsverlust nicht pathognostisch für die Epilepsie ist, sondern auch bei zahlreichen schweren organischen Gehirnleiden und bei der Hysterie beobachtet wird, Erkrankungen, die der fortschreitenden klinischen Diagnostik mehr oder weniger von der Epilepsie abzugrenzen gelang. Erweitert ist aber dieser Begriff durch die Erkenntnis Falrets, Samts u. a., daß der epileptische Anfall nicht die einzige für die Epilepsie charakteristische Erscheinung ist, sondern daß auch gewisse psychische Äußerungen — Dämmerzustände, Delirien und anderes — auf diese Erkrankung schließen lassen und zwar auch dann, wenn motorische Störungen ganz fehlen. Die letzte sehr bedeutende Erweiterung hat endlich der Begriff durch Kraepelin, Aschaffenburg und Gaupp erfahren, welche die periodische endogene Verstimmung als kennzeichnendes Merkmal für die Epilepsie hinstellten und diese Erkrankung auch dann anzunehmen geneigt waren, wenn keinerlei andere psychische oder motorische epileptische Erscheinungen nachweisbar sind. Abgesehen davon, daß es auf Grund dieser Lehre gelang, jene selteneren Fälle von Epilepsie zu erkennen, bei denen sich die Krankheit lediglich in diesen

Verstimmungen äußerte und erst die weitere Entwickelung zu stürmischeren Erscheinungen führte, abgesehen davon, hat diese Anschauungsweise in hohem Maße befruchtend gewirkt und die klinische Erkenntnis auf dem Gebiete der Epilepsie, der Hysterie und verwandter Geisteszustände wesentlich gefördert. Andererseits ist es nicht ganz unberechtigt, wenn man den Begründern dieser Lehre den Vorwurf gemacht hat, daß sie den Begriff der Epilepsie durch seine Ausdehnung auf die erwähnten Zustände „verwässert" haben. Gewiß würde es auch nicht zu dieser Verallgemeinerung gekommen sein, und würde man sich leichter den Anschauungen derjenigen Forscher angeschlossen haben, die an dem alten Epilepsiebegriff festhielten und den epileptischen Anfall als einziges für die Epilepsie charakteristisches Merkmal ansehen, selbst auf die Gefahr hin, daß manche Fälle genuiner Epilepsie dabei zunächst unerkannt blieben, wenn man nur die Überzeugung gehabt hätte, daß der typische Krampfanfall auch wirklich das pathognostische Symptom für eine klinische Einheit wäre. Aber was fällt nicht alles in die Epilepsie auch bei dieser engen Fassung! Die Epilepsien, die sich auf dem Boden einer in der Kindheit überstandenen Encephalitis entwickeln, die genuine Epilepsie, die wahrscheinlich auch eine verschiedenartige anatomische Genese hat, die traumatische Epilepsie, die Spätepilepsie, die Alkoholepilepsie und sehr wahrscheinlich auch Formen, die nicht als fortschreitende anatomische Prozesse, sondern wiederum als eigentümliche Formen der Entartung zu betrachten sind.

Jedenfalls unterliegt es keinem Zweifel, daß die Aschaffenburgsche Definition der Epilepsie einerseits schwere anatomische Prozesse und andererseits eigenartige Psychopathien, Entartungszustände, also klinisch und prognostisch ganz voneinander verschiedene Dinge zusammenfaßt. Denn jene verfallen einem mehr oder weniger deutlichen Schwachsinn, diese teilen das Schicksal vieler anderer Psychopathien, sie sind in den frühen und den mittleren Mannesjahren am ausgesprochensten, um in den höheren abzublassen und auch wohl ganz zu verschwinden. Die anatomische Forschung, die ja gerade auf diesem Gebiete namhafte Fortschritte macht, wird uns gewiß die Richtigkeit dieser Anschauung dereinst bestätigen können.

Die verschiedenartigen Zustände voneinander zu trennen, muß unser eifrigstes Bestreben sein. Die Scheidung kann freilich schwierig sein; wäre sie das nicht, dann würden gewiß so heterogene Dinge nie zusammengeworfen worden sein. In einer sehr großen Zahl der Fälle ist aber eine Unterscheidung der eigentlichen Epilepsie von der „epileptoiden Entartung“ recht wohl möglich. Die Verstimmungen, vereinzelte Schwindelanfälle, ja auch Bewußtseinsverluste, pathologische Räusche, poriomanische und dipsomanische Anfälle sind zwar beiden gemeinsam. Der erworbene epileptische Schwachsinn aber mit der schweren Auffassung, der Schwerfälligkeit, Umständlichkeit, Pedanterie und Frömmelei ist charakteristisch für die genuine Epilepsie, vorausgesetzt, daß die Symptome deutlich in Erscheinung treten. Denn Andeutungen davon sind diagnostisch nur mit Vorsicht zu verwerten, zumal der angeborene Schwachsinn, auf dem sich epileptoide Zustände bekanntlich gern entwickeln, geradeso wie gewisse Psychopathien Züge tragen können, die mit der epileptischen Borniertheit manches Verwandte haben. Für die „epileptoide Entartung“ spricht aber einmal das Vorhandensein von hysterischen Symptomen, von körperlichen Stigmaten, von Beeinflußbarkeit und Autosuggestibilität, krankhafter Lebhaftigkeit der Phantasie, Neigung zu phantastischen Träumereien, zum Lügen und Schwindeln und besonders die Abhängigkeit der Erscheinungen von äußeren Umständen. Dabei muß besonders betont werden, daß nicht das einzelne Symptom, der Krampfanfall oder die Verstimmung einer auslösenden Ursache bedarf, sondern daß die Verbringung des Kranken in ihm ungewohnte und ungünstige Verhältnisse und ähnliche Schädigungen den Anstoß geben können zu einer ganzen Serie von den verschiedenartigsten, anscheinend völlig endogenen Störungen. Das gilt besonders von den Verstimmungen, die in der erzwungenen Muße der Irrenanstalt oft in einer sehr viel ausgesprocheneren Weise in Erscheinung treten als unter gewöhnlichen Verhältnissen, wo sie der Umgebung kaum aufzufallen brauchen.

Werfen wir einen Blick auf die alte Diagnosentabelle, so sehen wir, daß 22 Kranke als Epilepsie bezeichnet worden sind, also selbst bei weiter Fassung des Begriffes eine kleine Zahl,

wenn man der Häufigkeit auch der schweren Formen in den Strafanstalten gedenkt. Der Grund liegt auf der Hand: geistige Störungen sind bei der genuinen Epilepsie verhältnismäßig selten und dann von so kurzer Dauer, daß eine Verbringung in die Irrenanstalt in den seltensten Fällen erforderlich scheint.

Die Zahl der Epilepsien wird aber noch erheblich kleiner, wenn wir diejenigen elf Fälle ausschließen, die nach unseren obigen Ausführungen sicher als Entartungsformen betrachtet werden müssen. Wie die Zusammenstellung zeigt, handelt es sich dabei vorzugsweise um Untersuchungsgefangene, bei denen die Haft meist zum ersten Male Anlaß zum Ausbruch von stürmischen psychotischen Erscheinungen gab, auf die wir bei Besprechung der nächsten Gruppe näher eingehen werden.

Bei den übrigen elf Fällen handelt es sich zum Teil um klassische genuine Epilepsie; bei anderen war ich meiner Sache nicht sicher genug, um die Diagnose umzustoßen, trotzdem sie zum Teil ein stark hysterisches Gepräge zeigten und in anderen Anstalten als Hysterien geführt wurden.

Die im Gefängnis ausgebrochenen Psychosen dieser elf Kranken unterschieden sich zum Teil in keiner Weise von den Störungen, die wir auch sonst bei freilebenden Epileptikern zu sehen gewohnt sind. Es handelt sich um Dämmerzustände und Delirien mit schwerer Bewußtseinstrübung, starker Angst, massenhaften religiös gefärbten Gesichts- und Gehörshalluzinationen und nachfolgender Amnesie. In anderen Fällen jedoch wich das Bild der Psychose sehr wesentlich von dem ab, was wir sonst bei der Epilepsie zu sehen pflegen. Vielmehr entsprachen diese Zustände in Entstehung, Symptomatik und Verlauf ganz denjenigen, die wir in der folgenden Gruppe zusammenfassen; es handelte sich um psychogen ausgelöste Störungen. Daß sich derartige Erscheinungen auf dem Boden der genuinen Epilepsie entwickeln können, wird denjenigen nicht überraschen, der das Vorkommen von echten hysterischen Anfällen bei der genuinen Epilepsie zugibt.

M. H.! Wenden wir uns nun endlich zu der letzten Gruppe, zu den Psychosen, die sich unter dem Einflusse der Haft auf dem Boden der Degeneration, der Entartung entwickeln.

Zwar galt das mehr oder weniger auch von den bisher besprochenen Psychosen. Während aber diese als Störungen betrachtet werden müssen, die sich als etwas der ursprünglichen Veranlagung Fremdes der Entartung aufpfropften, haben wir es bei den jetzt zu behandelnden Formen mit Erkrankungen zu tun, die als unmittelbare Äußerungen der Degeneration aufzufassen sind, als Reaktionen oder Steigerungen einer abnormen Anlage unter schädigenden Einflüssen. Unter Entartung verstehe ich die Summe der minderwertigen Variationen des Menschen auf geistigem und körperlichem Gebiete, minderwertig oft vom Standpunkte des Individuums, stets im Hinblick auf die Rasse. Als Variationen sind daher die verschiedenen Entartungsformen nicht scharf von der Norm, aber auch nicht scharf voneinander abzutrennen. Die torpide Imbezillität als angeborene Entwicklungshemmung, die erethische Imbezillität, der moralische Schwachsinn, die Pseudologia phantastica, die Hysterie, die epileptoide Entartung usw. sind daher keine Krankheiten im Sinne einer Paralyse oder eines Delirium tremens; sie sind vielmehr gewisse Symptomenkomplexe, Typen, die wir aufstellen, um uns in dem Wirrwarr der Entartungsbilder verständigen zu können. Sie sind gleichwertig etwa der Aufstellung eines Typus „die geniale Persönlichkeit", die willensstarke, die sanguinische, pedantische usw. Persönlichkeit. Sie sind gleichwertig den Entartungstypen auf körperlichem Gebiete, dem Zwerge, dem Schwächlichen, dem Henkelohrigen, dem Hasenschartigen, und wie auf körperlichem Gebiete selten ein Entartungssymptom allein auftritt, sondern meist mehrere zusammen, so sehen wir auch die Typen der psychischen Entartung sich miteinander in mannigfaltiger Weise kombinieren. Deshalb finden sich die psychischen Degenerationen selten rein; die sich am meisten aufdrängenden Symptome bestimmen die klinische Auffassung, a potiori fit denominatio. Somit ist es auch begreiflich, daß dieselben Fälle, selbst bei Vertretern der gleichen klinischen Überzeugung, als Hysterie, als Pseudologia phantastica, als Imbezillität, moral insanity etc. bezeichnet werden, je nachdem der eine den hysterischen Stigmaten und körperlichen Symptomen, der andere dem Triebe zum Lügen und Schwindeln und der Neigung zu träumerischer

Phantastik, ein dritter der intellektuellen Schwäche oder der moralischen Minderwertigkeit entscheidende diagnostische Bedeutung beimißt. Wir dürfen gewiß erwarten, dereinst einmal in der Lage zu sein, die einzelnen Krankheiten, die sich in der Dementia-praecox-Gruppe vereinigen, voneinander zu trennen; die verschiedenen Entartungen reinlich voneinander zu scheiden wird gerade so unmöglich sein, wie eine scharfe Umgrenzung der genialen Persönlichkeit.

Am ersten glaubt man sich noch berechtigt, die Hysterie als Krankheitseinheit von den übrigen Degenerationen abzutrennen. Bekanntlich wird der Begriff Hysterie von den einzelnen Forschern sehr verschieden gefaßt. Kraepelin versteht unter Hysterie eine angeborene krankhafte Veranlagung, die wohl charakterisiert ist: meist verbindet sich in ihr eine vorzügliche Auffassung, ein umfassendes Gedächtnis, das aber nur für das eigene Ich nicht berührende Tatsachen eine gewisse Zuverlässigkeit zu zeigen pflegt, Beherrschung der äußeren Form und gewandte Dialektik mit großer Selbstüberschätzung und Selbstsucht, Schwanken der Stimmungslage, Maßlosigkeit und Oberflächlichkeit der Gemütsregungen, Fahrigkeit und Sprunghaftigkeit im Denken und Handeln, Beweglichkeit und Lebhaftigkeit der Einbildungskraft, Hang zum Prahlen und Schwindeln, krankhafte Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, Stimmungen und Wünschen, Autosuggestibilität, Haltlosigkeit und Willensschwäche mit einer charakteristischen Urteilslosigkeit, einer sanguinischen Minderwertigkeit. Selten sind die Symptome so vollzählig, eines oder das andere oder mehrere sind nur angedeutet oder fehlen ganz. Dadurch tritt diese Form der Entartung in nahe Beziehungen zu der Debilität, zu den krankhaften Schwindlern und anderen pathologischen Persönlichkeiten. Immerhin wird ihre Abgrenzung von diesen Formen erleichtert durch das Vorhandensein von Symptomen, die oft auf einen äußeren Anlaß hin, oft auch ohne erkennbare Ursache sich einstellen und als „hysterische" hinlänglich bekannt sind, von eigenartigen Psychosen, tobsuchtsartigen Erregungen, Krampfanfällen, Dämmerzuständen, Ohnmachten und anderen Bewußtseinsstörungen, sowie den als hysterische Stigmata bezeichneten körperlichen Störungen. Diese Symptome sind, wie ge-

sagt, in sehr vielen Fällen nachweisbar, aber durchaus nicht in allen, und trotzdem halten wir uns für berechtigt, die Diagnose Hysterie zu stellen, wenn die Charakterveranlagung in großen Zügen der geschilderten entspricht. Dieser Standpunkt ist gewiß zu verteidigen, denn die Erfahrung lehrt, daß bei den so gearteten Persönlichkeiten ein äußerer Anlaß die bis dahin fehlenden Syndrome und Stigmata zur Entwickelung bringen kann. Andererseits aber gelten uns hysterische Symptome nicht ohne weiteres als Symptome von Hysterie. Vielmehr konnte festgestellt werden, daß hysterische Erscheinungen vorübergehend sich zu anderen Formen und Psychosen der Entartung hinzugesellen können: hysterische Zeichen — Krämpfe, Lähmungen, Stigmata, — sind recht häufig bei der Imbezillität, der Zyclothymie, dem manisch-depressiven Irresein usw. In solchen Fällen, wo die hysterische Charakterveranlagung fehlt und sich lediglich einzelne Erscheinungen der Hysterie mit anderen auf dem Boden der Entartung erwachsenen Anomalien verbinden, sprechen wir nicht von einer Kombination von Hysterie und manisch-depressivem Irresein, sondern von einem manisch-depressiven Irresein mit hysterischen Zügen usw.

Andere Forscher nehmen eine von dieser stark abweichende Stellung diesen Fragen gegenüber ein. Für sie ist weniger die charakteristische Form der angeborenen Entartung, als vielmehr das Stigma, das Syndrom das diagnostisch entscheidende. Eine Psychose, bei der hysterische Anfälle beobachtet werden, ist für sie eine hysterische Psychose, eine hysterische Manie, eine hysterische Melancholie. Nach ihrer Ansicht braucht die Hysterie keine angeborene Anomalie zu sein, sondern sie kann auch erworben werden. Sie weisen darauf hin, daß auch bei ursprünglich psychisch normalen Personen, die bis dahin nichts von hysterischer Charakterveranlagung, geschweige denn etwas von den erwähnten Formen schwereren Entartungsirreseins gezeigt hatten, unter besonderen Umständen Symptome und Symptomenkomplexe sich entwickeln können, die denen vollkommen gleichen, die wir bei der schweren hysterischen Charakterveranlagung, beim manisch-depressiven Irresein usw. zu beobachten gewöhnt sind. Und in der Tat sehen wir, daß sich im Anschluß an schwere erschöpfende Erkrankungen — Typhus,

Tuberkulose — hysterische Störungen entwickeln können, daß sensible Personen, zumal weibliche in der Entwickelungszeit, auf einen starken Shock hin von Schreikrämpfen, Krampfanfällen etc. befallen werden, daß langdauernde Aufregungen und Sorgen den Boden abgeben können für alle möglichen hysterischen Komplexe, daß ein hysterisches Schulmädchen oft eine ganze Klasse mit ihren Krämpfen, Schlafzuständen und Zuckungen infiziert, ja daß hysterische Epidemien, in denen ganze Dörfer und Landstriche von Tanzwut, Krämpfen, dämonomanischen Verwirrtheitszuständen usw. befallen werden, auch heute noch vorkommen. Alle diese Störungen können sich unter günstigen Umständen in kurzer Zeit wieder zurückbilden, und die Persönlichkeit bietet nach ihrem Schwinden ebensowenig wie vorher die geschilderte hysterische Charakterveranlagung.

Diesen Fällen gegenüber haben wir, die wir die Hysterie als eine angeborene Krankheit bezeichnen, eine schwere Stellung. Wir nennen diese Psychosen, Krampfanfälle und Stigmata, die ein einmaliges starkes Trauma oder eine Häufung von Schädlichkeiten oder stark suggerierende Einflüsse bei einer mehr oder minder normalen Persönlichkeit auslösten, hysterische — meiner Ansicht nach mit Recht —, da sie sich in keiner Weise von denen unterscheiden, die ohne äußere Veranlassung oder auf geringe Ursache hin bei einer hysterisch degenerierten Person zum Ausbruch kamen. Dürfen wir aber solche Fälle als Hysterie bezeichnen? Wir tun es wohl meist; wir finden einige psychische Entartungszeichen, aus denen wir — oft nicht ohne Mühe — uns einen hysterischen Charakter zu konstruieren suchen, oder wir ziehen uns aus der Verlegenheit, indem wir von einer latenten Hysterie sprechen, die erst durch das Trauma, durch die Erregung in der Untersuchungshaft usw. manifest geworden sei. Folgerichtig ist es nur, wenn man weiterschließt, daß die Schülerinnen, die von einem hysterischen Mädchen mit Chorea, Krämpfen oder ähnlichem infiziert wurden, die nahezu sämtlichen Bewohner eines Dorfes, die von einer hysterischen Epidemie befallen wurden, alle latent hysterisch gewesen sein müssen.

Man sieht, das sind unhaltbare Konsequenzen, denen wir

nur dadurch entgehen können, daß wir die Hysterie als einen scharf umgrenzten Krankheitsbegriff fallen lassen und zwar einmal, weil die hysterische Entartung sich von anderen — der Pseudologia phantastica, der Debilität, der erethischen Imbezillität — in keiner Weise abtrennen läßt, ferner weil sie durchaus nicht das Unwandelbare und Starre darstellt, als was sie gewöhnlich betrachtet wird, sondern weitgehender Wandlungen und Milderungen fähig ist, und dann, weil sich die hysterischen Symptome bei allen möglichen anderen Psychopathien ebenfalls entwickeln können. Lassen wir daher die Hysterie — wohlverstanden als Krankheit, nicht als Typus — fallen und sprechen wir lediglich von hysterischen Symptomen; hysterische Symptome, die sich mit besonderer Vorliebe, aber durchaus nicht immer, der oben geschilderten Psychopathie, die wir als hysterische Charakterveranlagung kennen, aufpfropfen können, die sich aber auch auf dem Boden jeder auf Grund der Entartung entstandenen krankhaften Veranlagung (Imbezillität, krankhafte Lügenhaftigkeit und andere Formen der Psychopathie) oder Psychose (manisch-depressives Irresein, Zyklothymie) entwickeln und endlich unter besonderen Umständen — bei erschöpfenden Erkrankungen, im Anschluß an psychische und somatische Traumen, auf mächtige Suggestionen hin — sich auch bei mehr oder weniger normalen Persönlichkeiten einstellen können.

Auf Grund dieser Erwägungen habe ich die Hysterie als Krankheit unter meinen Fällen fortfallen lassen und sie mit den übrigen Entartungen als „degeneratives Irresein" zusammengefaßt.

Wie wir die verschiedenen Formen der Entartungen nicht scharf voneinander zu trennen vermögen, so gelingt das noch weniger bei den mannigfaltigen psychotischen Gebilden, die sich auf degenerativem Boden entwickeln können. Denn sie sind nichts anderes als krankhafte Steigerungen der verschiedenen Entartungen oder pathologische Reaktionen auf überstarke Reize. Wie aber die Normalen auf den gleichen Reiz verschieden reagieren und der eine auf einen psychischen Schmerz mit Jammern und Wehklagen, der andere mit starrem Schweigen antwortet, so sehen wir den Entarteten, je nach

seiner Veranlagung, auf eine psychische Schädigung hin beispielsweise in Tobsucht oder Stupor verfallen. Äußerlich verschiedene Bilder können demnach einen gleichen psychopathologischen Ursprung haben und in ihrem Wesen gleichwertig sein. Freilich darf man erwarten, daß bestimmten Entartungsformen auch bestimmte Psychosen entsprechen, eben weil sie ja nichts anderes sind als Reaktionen und Steigerungen. Allein vorläufig stoßen wir noch auf große Schwierigkeiten bei der Feststellung dieser Beziehungen, und über einige Selbstverständlichkeiten sind wir nicht fortgekommen. Es steht z. B. zu erwarten, daß die Psychosen der phantasiereichen pathologischen Schwindler sich durch eine üppigere und abenteuerlichere Wahnbildung auszeichnen werden als die der unproduktiven Entarteten, daß rechthaberische starrköpfige Psychopathen eher zu gewissen paranoiden Entwickelungen neigen werden, als beeinflußbare, ängstliche Personen. Gewiß würden wir eher noch Gesetzmäßigkeiten zwischen ursprünglicher Veranlagung und Psychose finden können, wenn es uns nicht so erschwert wäre, das innerste Wesen unserer Kranken, die feinsten Regungen ihrer Seele, denn darauf kommt es hier doch an, wirklich zu erfassen. Aber trotz umfangreicher Strafakten und langer Beobachtung bleiben uns gerade hier oft noch Rätsel zu lösen.

Krankheitsbilder im eigentlichen Sinne aufzustellen, wird uns also nicht gelingen und kann uns auch nicht gelingen. Hingegen wird es nicht schwer sein, gewisse charakteristische Typen zu zeichnen, die sich freilich miteinander verbinden und gegenseitig ersetzen können. Die Auffassung dieser Störungen als Reaktionen und Steigerungen der Entartung, also von Variationen der normalen Psyche, gestattet nicht nur, sondern fordert ihre psychologische Erklärung.

Wir könnten bei unserer Einteilung das Verhalten des Bewußtseins als Ausgangspunkt nehmen, das Vorhandensein und Fehlen von Sinnestäuschungen, den Verlauf und manches andere. Am praktischsten schien es mir, die mannigfaltigen Bilder in die akuten und chronischen Psychosen zu teilen. Hiermit erfolgt gleichzeitig eine ziemlich reinliche Scheidung in die Formen, die als abnorme Reaktionen der Persönlichkeit und

in diejenigen, die als krankhafte Steigerung und Entwickelung der Entartung betrachtet werden können. Gleichzeitig deckt sich die Trennung in akute und chronische Seelenstörung wenigstens in unserem Material annähernd mit der in Untersuchungshaft- und Strafhaftpsychosen, denn jene sind, wie schon Skliar*) betonte, das Korrelat der Untersuchungshaft und diese der längeren Strafhaft. Immerhin ist ein namhafter Teil auch unserer akuten Psychosen in der Strafhaft ausgebrochen und zwar wiederholt, nachdem die Sträflinge schon Jahre, ohne etwas Auffälliges zu zeigen, verbüßt hatten.

Wenden wir uns zunächst zu den akuten Psychosen. Es ist eine bekannte Erfahrung, die wir ja auch bei den in Freiheit lebenden Unbescholtenen machen, daß heftige Schicksalsschläge, körperliche oder geistige Überanstrengung, Übermüdung, schlechte Ernährung u. a. mehr oder weniger chronische Schädigungen die mannigfaltigen Äußerungen der Entartung zum Ausdruck bringen oder steigern. Dasselbe vermögen auch die Schädigungen der Haft, speziell der Untersuchungshaft. Bereits Reich machte darauf aufmerksam, daß gerade in der Untersuchungshaft, mehr noch als in der Strafhaft, durch die plötzliche Verhaftung, die Verhöre und Konfrontationen, die beständige Spannung und Unsicherheit über die Zukunft, das Bangen über die zu erwartende Strafe starke Gemütseindrücke erzeugt werden, welche in der Einzelhaft keinerlei Ableitung und Ausgleichung finden können, zumal Ablenkung durch Arbeit, Trost und Teilnahme usw. bei den eigentümlichen Verhältnissen des Gefängnisses vollkommen fehlen. Den heftigen Affekt und seine gehemmte Lösung und Ausgleichung bezeichnet Reich mit Recht als die ätiologischen Momente für die Störungen des psychischen Gleichgewichts bei den Untersuchungsgefangenen.

Gerade in neuerer Zeit haben wir eine ganze Anzahl von Dokumenten erhalten, die uns einen Einblick gewähren, welch tiefgreifenden Einfluß die Untersuchungs- und Einzelhaft auch auf mehr oder weniger normale Personen ausübt. Sowohl

*) Skiar: Über Gefängnispsychosen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1904, Bd. XVI.

aus den zwar stark subjektiv gefärbten Schilderungen von Leuß*), als besonders aus dem reichhaltigen Material, das Auer**) gesammelt hat, geht mit großer Einstimmigkeit hervor, daß die Haft Störungen erwecken kann, die an das Psychotische grenzen und zwar auch bei Personen, die früher nie an solchen Erscheinungen gelitten hatten: anhaltende Schlaflosigkeit, Angstanfälle, Verzweiflungsausbrüche mit Selbstmordgedanken, große Reizbarkeit und ein beständiges Schwanken der Stimmung zwischen Wehmut, Angst und Zorn, schwer empfundenen Verlust des Denkvermögens, der Energie und der Willenskraft, hysterische Anfälle, Kopfschmerz und Schwindel. Alle diese Störungen, verbunden mit dem häufigen Magendarmleiden, führten in einer großen Anzahl der Fälle einen rapiden Verlust der körperlichen Kraft und Widerstandsfähigkeit nach sich; mehrere von den Personen bezeichneten sich selbst als nahe der Geistesstörung, und in der Tat erreichte bei einigen die Reizbarkeit, die Ängstlichkeit, die innere Unruhe und Schlaflosigkeit anscheinend einen bedenklichen Grad.

Oft kommt es aber in der Untersuchungshaft zu ausgesprochenen psychotischen Erscheinungen. Am häufigsten sind wohl die akuten tobsuchtsartigen Reaktionen — der wilde Mann —, plötzliche, oft in unmittelbarem Anschlusse an die Verhaftung, oft während der ersten Tage der Untersuchungshaft, bisweilen im Anschluß an ein Verhör oder andere Erregungen auftretende heftige Erregungszustände, mit Neigung zu Zerstören und Gewalttätigkeiten bei oft getrübtem Bewußtsein, wie sie auf dem Boden der Hysterie, der epileptoiden Entartung und der erethischen Imbezillität mit besonderer Vorliebe zu entstehen pflegen. Diese, sowie die im Anschluß an die Verhaftung sich entwickelnden hysterischen Krampfanfälle und Delirien ohne spezifische Haftfärbung, in denen oft die Tat, das Opfer die führende Rolle spielt, sind genügend bekannt.

Mehr schon den Charakter der Haftpsychose tragen leichte, kurz dauernde Störungen, wie sie sich anscheinend aus hyp-

*) Leuß: Aus dem Zuchthause. Berlin 1903.

**) Auer: Zur Psychologie der Gefangenschaft. München 1905.

nagogen Halluzinationen heraus entwickeln. Die Kranken, meist junge, schwach begabte und zum erstenmal mit dem Gesetz in Konflikt geratene Personen, träumten zum Teil schon früher sehr lebhaft, sprachen und weinten auch sonst im Schlafe. Die Verhaftung, die Verhöre machten einen tiefen Eindruck auf sie; sie sind in starker innerer Erregung, essen wenig, schlafen schlecht und träumen sehr lebhaft. Eines Nachts werden sie ängstlich, schrecken oft und plötzlich auf, hören allerlei verdächtige Geräusche, der Ofen knattert eigentümlich, es klopft an den Wänden, sie hören Musik und Glockenläuten, ihren Namen rufen, die Stimme des Vaters auf dem Gange. Allmählich nehmen die Sinnestäuschungen bestimmtere Gestalt an; ein sexuell Perverser hört seine Frau vorwurfsvoll sagen: „Wenn Du sowas getan hast, hättest Du mich nicht heiraten sollen“, ein anderer die Stimme seiner Mutter: „Ich kann jetzt nicht mehr leben, ich muß vor Kummer sterben“, ein dritter die Stimmen der Aufseher vor der Zelle: „Jetzt liegt er im Bett“; „Wir bringen ihn um“ etc. Die Kranken fühlen sich beengt, haben heftige Präkordialangst, können keine Luft holen, sie merken, daß eine Wolke in die Zelle schwebt, daß sie sich mit Schwefeldampf füllt. Bisweilen treten auch plastische Gesichtstäuschungen ein: der Gefangene sieht, wie seine Mutter wie lebend an sein Bett tritt, wie ihm der Vater die Hand aus dem Sarge reicht, häßliche Tiere, Vögel und Schlangen drängen auf ihn ein, der sich vor Angst nicht zu rühren wagt. Die Störungen sind nachts am heftigsten. Tagsüber legt sich die ängstliche Erregung. Die Kranken sind aber scheu, furchtsam, bisweilen etwas traumhaft benommen und klagen über Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen. Den nächtlichen Erlebnissen stehen sie zunächst oft einsichtig gegenüber, oder aber sie halten an ihrer Realität fest, um so mehr, als sie eine gewisse subjektive Wahrscheinlichkeit besitzen. Bringt man die Kranken rechtzeitig in ein anderes Milieu, so werden sie in kurzer Zeit bei starker Zunahme des meist sehr gesunkenen Körpergewichts völlig einsichtig. Wird die Haft nicht aufgehoben, dann scheinen diese leichten Störungen die Einleitung für schwerere geben zu können, wie wir sie noch schildern werden.

Der häufigste Typus der akuten Haftpsychose ist wohl der Gansersche Dämmerzustand mit seinen zahlreichen Variationen. Er ist in den letzten Jahren so oft Gegenstand psychiatrischer Untersuchung gewesen, daß es erübrigt, eine Schilderung des Zustandes zu geben. Unter meinen akuten Haftpsychosen lassen sich 16 Fälle als Gansersche Dämmerzustände bezeichnen. Alle entwickelten sich in der Untersuchungshaft, und ein großer Teil entsprach dem klassischen Bilde. Einige davon waren durch irgend ein affektbetontes Ereignis, z. B. ein Verhör, akut ausgelöst; zum Teil schlossen sie sich unmittelbar an einen hysterischen Anfall, eine tobsüchtige Erregung, einen Selbstmordversuch an; oft versanken die Kranken ohne stürmischere Vorboten schneller oder langsamer in die Bewußtseinstrübung. Bisweilen gingen Störungen voraus, ähnlich denen, wie wir sie vorhin geschildert haben: Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, nächtliche Angstzustände und hypnagoge Halluzinationen. In der Klinik schwanden nach Tagen, Wochen oder Monaten die schweren Erscheinungen, die Bewußtseinstrübung, das Vorbeireden und die hysterischen Stigmata, das eine Mal ziemlich plötzlich, andere Male unter Schwankungen mit mehr oder weniger ausgesprochener Amnesie.

Neben diesen klassischen Bildern beobachteten wir eine ganze Reihe von atypischen, zunächst gewisse „Formes frustes“, Gansersche Zustände, die auf einer bestimmten Stufe der Entwickelung stehen blieben. Diese Kranken kamen zufällig in unsere Beobachtung: sie waren zugänglich, geordnet, leidlich orientiert, machten aber bei flüchtiger Prüfung einen auffallend stumpfen, gleichgültigen Eindruck. Ging man näher auf sie ein, so fiel ihre Schwerbesinnlichkeit, ihr starres, verträumtes Wesen auf, sie gaben spärliche, stockende, oft fast gar keine Auskunft, griffen sich häufig nach dem Kopf und klagten über Kopfschmerzen, Schwindel, Vergeßlichkeit und Unvermögen, die Gedanken zu konzentrieren, sich neue Formen einzuprägen. Nach einigen Tagen wurden sie freier und hatten an die geschilderten Zustände zum Teil nur traumhafte Erinnerung.

Diese Bilder gemahnen an die Erscheinungen, die den eigentlichen Ganserschen Dämmerzustand oft einleiten, oder in die

er bisweilen ausläuft. Sie sind als leichter psychogener Stupor zu bezeichnen und entsprechen wohl dem Bilde, das Raecke als hysterischen Stupor bei Strafgefangenen geschildert hat. Raecke hat bereits die nahe Verwandtschaft zwischen diesen Stuporformen und den Ganserschen Dämmerzuständen hervorgehoben und die Ansicht ausgesprochen, daß sich scharfe Grenzen zwischen beiden nicht aufstellen lassen. In der Tat finden wir den typischen hysterischen Stupor als Einleitung sowohl wie als Ausgang des Ganserschen Dämmerzustandes, und nicht selten schieben sich kurze stuporöse Phasen in den eigentlichen Dämmerzustand ein. Umgekehrt werden selten reine Stuporzustände beobachtet, vielmehr treten in den freieren Zeiten oft vereinzelte Gansersymptome auf.

Schärfer abgrenzbar von diesem Raeckeschen Stupor ist eine eigenartige Form, bei der das Bewußtsein anscheinend keine stärkere Trübung aufweist. Einer unserer Fälle, ein schwerer Gewohnheitsverbrecher und Kirchenräuber, der bereits in früheren Untersuchungshaften ähnliche Zustände geboten hatte, geriet im Anschluß an einen mißglückten Fluchtversuch in heftige Erregung, zerriß seine Kleider, verweigerte die Nahrung, verunreinigte seine Zelle, schlief nur an einer bestimmten Stelle des Fußbodens, nahm keine Notiz mehr von seiner Umgebung und verhielt sich vollkommen stumpf. Während der Beobachtung in der Klinik war sein Benehmen geordnet, er war zeitlich und örtlich orientiert, hielt sich sauber, aß selbst, faßte sehr gut auf, fand sich in seiner Umgebung schnell zurecht, nahm lebhaftes Interesse an ihr, arbeitete alsbald sehr fleißig, erwies sich als gewandter Billardspieler, aber war nicht zu bewegen, auch nur ein Wort zu sprechen. Seine Schriftstücke waren anfangs sinnlos, wurden aber bald völlig korrekt und geordnet. Von da ab beantwortete er Fragen auf schriftlichem Wege, äußerte auf die gleiche Weise Wünsche und Beschwerden und verhetzte die Kranken untereinander. Als er gelegentlich eines Besuches der Messe unerwartet einen anderen Patienten traf, fand er seine Sprache wieder. Der Zustand hatte über ein halbes Jahr gedauert. — Ein ähnliches Bild zeigte ein genuiner Epileptiker, der gleichfalls wiederholt wegen schwerer Einbrüche bestraft wurde und im Anschluß

an die Verhaftung mehrmals in der geschilderten Weise erkrankte. Der letzte Stuporzustand zog sich über ein halbes Jahr hin; der Kranke fand die Sprache wieder während der Überführung in eine andere Anstalt.

Diese eigenartigen Zustände von psychogen ausgelöstem Mutismus, die vorübergehend sich mit aktiv stuporösen Erscheinungen verbanden, unterscheiden sich wohl von dem Raeckeschen Stupor mit der deutlichen traumhaften Bewußtseinstrübung, doch glaube ich, daß sie prinzipiell nicht voneinander zu trennen, sondern wieder durch Zwischenglieder mit ihnen verbunden sind.

Im vorigen Falle wurde auf Grund der beobachteten typisch epileptischen Anfälle die Diagnose auf Epilepsie gestellt, im ersteren auf Katatonie. In der Tat erinnert das Bild auf den flüchtigen Blick außerordentlich an katatonische Zustandsbilder mit Negativismus und Mutazismus. Was sie aber voneinander unterscheiden läßt, ist, abgesehen von der starken Beeinflußbarkeit der Erscheinungen, dem psychogenen Beginn, dem sofortigen Schwinden durch Milieuwechsel und anderem, das Fehlen der Verschrobenheit, der Manieren, Stereotypien und impulsiven unsinnigen Handlungen, das erhaltene Interesse für die Umgebung. Wenn sich diese Symptome noch zu dem Stuporzustande hinzugesellen, dann kann die Diagnose aus dem Zustandsbilde allein ohne Kenntnis des degenerativen Bodens, auf dem er erwächst, sehr schwer werden.

Tatsächlich sind eine ganze Anzahl von diesen akuten Haftpsychosen auf Grund der stark im Vordergrunde stehenden katatonischen Symptome und der durch die traumhafte Bewußtseinstrübung vorgetäuschten gemütlichen Stumpfheit für Verblödungsprozesse gehalten worden. Bei einem Kranken, der während der Untersuchungshaft wegen schwerer Sittlichkeitsdelikte plötzlich mit den abenteuerlichsten Wahnideen, er sei Ahasverus, 783 Jahre alt und dergl. hervortrat, neben einem ganz unsinnigen Vorbeireden die schwerste Katalepsie, eine eigenartige Störung des schriftlichen Ausdrucks und den typischen katatonischen Kreisgang zeigte, waren es wieder die starke Beeinflußbarkeit der Erscheinungen, die Beschränkung des nega-



tivistischen Vorbeiredens auf gewisse Vorstellungskomplexe, das Theatralische und Aufdringliche in seinem Benehmen, das starke Hervortreten eines hypochondrischen Zuges und die totale Analgesie, welche uns neben der psychogenen Auslösung des Zustandes zu der Diagnose einer degenerativen Psychose führte, die durch den weiteren Verlauf der Störung auch bestätigt wurde. Solche katatonischen Symptome, eine gezierte, manirierte Sprechweise, sinnlose Wortneubildungen, zusammenhangloses Gefasel, unsinnige Handlungen, Stereotypien, Grimassieren, Störungen im schriftlichen Ausdruck, die ganz an Wortsalat erinnern, sind auch bei mehreren anderen unserer Fälle vorübergehend oder über längere Zeit hinaus beobachtet worden, und wiederholt kam es auch zu jenen ekelerregenden Handlungen, die wir sonst nur bei schweren akuten Störungen oder bei Verblödeten zu sehen gewohnt sind, zu Kotschmieren, Kotessen, Urintrinken u. a. m.

Seltener geben diese Zustände zur Verwechslung mit schweren organischen Störungen Veranlassung, da sich die darauf deutenden Symptome — Sprachstörungen, motorische Anomalien, Schriftstörungen u. a. — meist mit eindeutig hysterischen Erscheinungen verbinden, welche die Diagnose auf die richtige Fährte leiten. Beherrschen jene aber das Krankheitsbild, so ist ein Irrtum wohl möglich, und in einem Falle, wo Benommenheit, labile Stimmung, Sprachstörung, unsicherer, spastisch-paretischer Gang und starke Kopfschmerzen miteinander sich vereinigten, wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine organische Störung gestellt. Der weitere Verlauf — der Kranke erwachte in einer anderen Anstalt aus seiner Bewußtseinstrübung mit totaler Amnesie für die ganze Zwischenzeit, und ist seither völlig gesund und arbeitsfähig — lehrte den Irrtum erkennen.

Große Schwierigkeiten pflegt auch die Abgrenzung dieser akuten Untersuchungshaftpsychosen von der bewußten Vortäuschung geistiger Störung zu machen. Überblicken wir die Literatur über die Simulation von der ältesten bis zu den allerjüngsten Veröffentlichungen, so sehen wir leicht, daß ein großer Teil von diesen angeblichen Simulationen ohne Bedenken als akute Haftpsychosen, als Gansersche Dämmerzustände und verwandte Bilder angesprochen werden können.

in Wirklichkeit ist eine scharfe Scheidung zwischen willkürlich vorgetäuschter Krankheit und diesen psychogenen Störungen auch außerordentlich schwer, ja unmöglich, besonders dann, wenn die Bewußtseinstrübung, das traumhafte Verhalten, die schwere Auffassung des Kranken nicht deutlich hervortritt und uns die Diagnose erleichtert. Ein Grund für diese so schwere Trennung liegt aber meiner Ansicht nach darin, daß manche dieser akuten Haftpsychosen mit der Simulation innerlich nahe verwandt ist und aus ihr hervorgeht, so daß eine prinzipielle Auseinanderhaltung auch theoretisch unmöglich ist. Ich bin überzeugt, daß auch ein Teil der Ganserschen Dämmerzustände dem Wunsche des Gefangenen, geisteskrank zu erscheinen, ihren Ursprung verdankt. Es muß von vornherein sehr auffallend erscheinen, wie außerordentlich selten Gansersche Symptomenkomplexe im Verlaufe der hysterischen Geistesstörungen der unbescholtenen, frei lebenden Bevölkerung beobachtet werden. Ich weiß, es sind verschiedene Fälle in der Literatur niedergelegt, und ich selbst habe hin und wieder ähnliche beobachtet, aber man wird zugeben, daß entschieden ein starkes Mißverhältnis besteht zwischen ihrer Häufigkeit bei den selteneren Untersuchungsgefangenen und ihrer Seltenheit bei den häufigeren Hysterischen. Und schon das muß die Frage berechtigt erscheinen lassen, ob nicht das eigentümliche Gebaren dieser Kranken im letzten Grunde vielfach seinen Ursprung in einem mehr oder weniger bewußten Wollen, als Geisteskranke zu gelten, findet. Gewiß gilt das nicht von allen. Bisweilen können wir feststellen, daß das Primäre bei der Entwickelung des Dämmerzustandes das eigenartige Versinken in den Traumzustand ist, und daß das Vorbeireden und die sonstigen an Simulation gemahnenden Symptome Produkte aus der erhöhten Suggestibilität des Kranken und den — wie schon Raecke hervorhob — als starke Suggestionen wirkenden Fragen des Arztes sind. Allein in manchen Fällen, wo sich der Gansersche Symptomenkomplex an einen, durch irgend ein Ereignis ausgelösten Tobsuchtsanfall unmittelbar anschloß, wo das Primäre nicht die Bewußtseinstrübung, sondern das unsinnige Gebaren war, drängte sich mir doch wiederholt die Überzeugung auf, daß sich die geistige Störung aus einer Simulation entwickelte.

Ganz besonders galt das von einigen Untersuchungsgefangenen, die zum Teil unmittelbar im Anschluß an ihre Verhaftung in heftiger Erregung die unsinnigsten Größen- und Verfolgungsideen vorbrachten, die den Verdacht der willkürlichen Vortäuschung von Geisteskrankheit aufdrängten: der eine behauptete, Li-Hung-Tschang, Kaiser von China zu sein, ein anderer beantwortete jede an ihn gerichtete Frage mit der stereotypen Redensart: „Ich bin der Kaiser von Rußland, besitze 40 Hengste, 7 Gaisen und 4 Ziegen und regiere die ganze Welt"; ein dritter bezeichnete sich als Adjutant des Kaisers, Verwandten des Landesfürsten und verlangte wegen Landesverrats von einem Regiment Soldaten mit einer Unzahl Kanonen totgeschossen zu werden, und andere brachten ähnlichen blühenden Blödsinn vor. Alle beantworteten die einfachsten Fragen in unsinnigster Weise, zeigten Sensibilitätsstörungen und andere hysterische Erscheinungen, eine mehr oder weniger deutliche Bewußtseinstrübung und nach Zurücktreten der Erregung totale oder teilweise Amnesie für die ganzen Vorkommnisse. Bei verschiedenen unserer hysterischen Landstreicher und Schwindler war die Neigung zu solchen Erregungszuständen so ausgesprochen, daß sie auf nahezu jede Verhaftung prompt damit reagierten oder auch ohne solchen Anlaß in sie hineingerieten, wenn sie sich in irgend einer verzweifelten Notlage befanden, die ihnen den Schutz der Anstalt erwünscht erscheinen ließ. Auf diese Weise brachten einige ihr halbes Leben in Irrenanstalten zu und lernten einen großen Teil der deutschen Anstalten kennen, wo sie unter den mannigfaltigsten Diagnosen längere Zeit verwahrt wurden oder auch kurzweg als geriebene Simulanten möglichst schnell wieder auf die Landstraße gesetzt wurden.

Trotzdem es meiner Überzeugung nach sicher ist, daß es sich in diesen Fällen um eine primäre Vortäuschung geistiger Störung handelt, so kann an dem Bestehen einer hieraus entstandenen hysterischen Geistesstörung keineswegs gezweifelt werden. Mir will es scheinen, als ob nicht nur hysterische Personen geneigt seien, unter besonderen Umständen sich durch die angestrengte Konzentration der Aufmerksamkeit auf gewisse Gedankenkreise in einen Zustand von Autohypnose zu versetzen. Speziell bei den pathologischen Schwindlern,

die sehr für die ebengeschilderten akuten Psychosen empfänglich sind, sah ich wiederholt, daß sie zunächst auf Grund bewußter falscher Vorspiegelungen ihre Schwindelfahrten begannen, sich immer mehr in die angenommene Rolle hineinversenkten und schließlich in einen rauschartigen Zustand, in eine Bewußtseinseinengung gerieten. Nur so ist die mehrmals von mir gemachte Beobachtung zu erklären, daß diese Personen die meisten, sie schwer belastenden Vergehen ohne Zögern zugeben, einige aber konstant bestreiten und sich ihrer nicht entsinnen wollen, ohne daß ein plausibler Grund für dieses Verhalten zu finden wäre. Dieses mit einer Bewußtseinseinengung verbundene Hineinvertiefen in gewisse Gedankengänge, die allmähliche Autosuggestion umschriebener Vorstellungskreise sind ja bekanntlich nichts Seltenes. Sie ist uns allen geläufig aus der Autohypnose der Spiritisten, dem Trance, in den sie durch angestrengtes „Nachdenken", die Kontemplation oder Meditation geraten.

Als Autohypnose verständlich sind auch jene Fälle, die Bonhoeffer als originäre Paranoia auf degenerativer Grundlage bezeichnet, die sich infolge der „Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins" entwickelt. Auch unter unseren Fällen befinden sich verschiedene solche, in denen sich die Kranken auf Grund ihrer lebhaften Autosuggestibilität bisweilen in ganz phantastische Wahnvorstellungen hineinträumten, sich für höhere Wesen und Engel Gottes erklärten und ähnliche Größenideen vorbrachten. Die gleichzeitig auch bei unseren Kranken beobachteten Analgesien lassen sie, wie Gaupp richtig in seinem Referat über die Arbeit Bonhoeffers betont hat, als psychogene Zustände auffassen. Ich halte sie für gleichwertig mit den spiritistischen Trance-Zuständen.

Während die Mehrzahl der bisher geschilderten Zustände durch die Bewußtseinstrübung, die mangelnde Orientierung, die schwere Auffassung und das absurde Benehmen ihre besondere Färbung erhielten, beobachtet man nicht selten akute Haftpsychosen, denen das Vorherrschen von massenhaften, äußerst plastischen Halluzinationen, vorzüglich des Gehörs, weniger des Gesichts, bei voller Besonnenheit, lebhaftesten ängstlich gereiztem Affekt, ein sehr charakteristisches Gepräge ver-

leiht, das stark an das Bild des Alkoholwahnsinns erinnert. Diese Fälle darf man mit einigem Rechte als Steigerungen der ersten Gruppe mit vorwiegend hypnagogen Halluzinationen betrachten, aus denen sie sich auch entwickeln. Einen solchen Kranken beobachtete ich z. B. in Kislau. Nachts vernahm er den Ruf seiner Freundin: „Guten Tag, Adolf, kennst mich noch, ich bin die Lina Knapp", hörte dann weiter, wie die Aufseher zu ihr gingen, um sie zu vergewaltigen, hörte wie sie rief: „O Adolf, alleweil stopfen sie mich in die Zwangsjacke", und später: „Adolf, nun haben sie mich schon 19mal gebraucht"; er vernahm mit plastischer Deutlichkeit, wie die Aufseher vor seiner Zelle stehend zueinander sagten: „Heut nacht muß er verrecken" und unter sich beratschlagten, wer von ihnen zuerst auf ihn schießen solle usw. Tagsüber war der Kranke ängstlich, hielt an der Wirklichkeit der nächtlichen Erlebnisse fest und suchte sie sich in wahnhafter Weise zu erklären, hatte aber andererseits ein gewisses Bedürfnis, sich mir mitzuteilen und sich seine Ideen ausreden zu lassen; nachts stand er mit Stühlen bewaffnet in seiner Zelle, bereit, die Angriffe der Aufseher zurückzuschlagen. Ein anderer Kranker, der das Bild der epileptoiden Entartung zeigte, hörte in der Untersuchungshaft, wie seine Mutter ins Gefängnis geschleppt, hingeworfen und von den Aufsehern verschlagen wurde; er hörte die Stimmen der Beamten: „Schau hin, wie sie blutet", und das jämmerliche Schreien der alten Frau: „Ich muß jetzt sterben, geschwind holt mir den Pfarrer", wie dann weiter seine verschiedenen Geschwister im Wagen angefahren kamen, wie der Doktor dann erklärte: „Die Frau ist jetzt tot" und ein Aufseher antwortete: „Wir wollen sie dort liegen lassen bis morgen" usw. In anderen Fällen tragen die Halluzinationen einen mehr egozentrischen Charakter, die Kranken hören sie bedrohende und verspottende Stimmen, mit erschreckender Deutlichkeit über ihre Hinrichtung verhandeln u. a.

So ließen sich noch mehrere Typen aus den akuten Haftpsychosen herausschälen. Die häufigsten und wichtigsten glaube ich aber hiermit geschildert zu haben. Sie können nicht den Anspruch machen, umschriebene Krankheitsbilder zu sein, sondern nur wohlcharakterisierte Symptomenkomplexe, die aber mit-

einander in mannigfaltiger Weise sich verknüpfen können und durch zahlreiche Zwischenstufen verbunden sind. Kennzeichnend ist für alle das Entstehen unter dem schädigenden Einflusse der Haft, besonders der Untersuchungshaft, häufig aber auch der Strafhaft, und das meist baldige Zurücktreten nach Aufhebung der auslösenden Ursache. Am häufigsten wird das mittlere Mannesalter befallen; nach dem 35. Jahre werden sie selten, entsprechend dem Gesetze, daß die Außerungen der Psychopathie, speziell der Hysterie, der epileptoiden Entartung u. a. um diese Zeit überhaupt weniger stürmisch werden. In fast allen Fällen entwickelt sich bald eine völlige Einsicht für das Krankhafte der Erscheinungen, meist im Anschluß an das Zurücktreten der akuten Symptome; bisweilen kommt es aber erst in der Freiheit zu einer gesunden Kritik. Nur selten halten die Kranken an der Realität ihrer krankhaften Erlebnisse fest und suchen sie sich ihrem Fassungsvermögen und ihrem Bildungsgange entsprechend, bisweilen in der Art der Spiritisten und Sektierer als Wunder oder als hypnotische Beeinflussung zu erklären. Besonders interessant war mir in dieser Richtung ein vielfach vorbestrafter Affektverbrecher, der im Gefängnis wiederholt eigenartig religiös gefärbte Gesichtshalluzinationen hatte, die Erscheinung des Christuskindes sah u. a. m., die er sich jetzt als ein Wunder zu erklären sucht. Er ist seither sozial, verheiratet, mehrfacher Vater und frommer Christ, der auch auf andere seine religiösen Ideen zu übertragen sucht. Ein anderer schwerer Eigentumsverbrecher, der wiederholt bis zu sieben Jahren mit Zuchthaus bestraft wurde, hält an der Wahnidee fest, im Gefängnis hypnotisch beeinflußt worden zu sein. Seine Vertiefung in alle möglichen hypnotischen Schriften und sein Verkehr mit Spiritisten und ähnlichem Volk hat ihn in seiner Ansicht noch bestärkt. Im übrigen hat auch er vor fünf Jahren geheiratet, ist Familienvater und sozial. Bei beiden kann von einem Verblödungsprozeß keine Rede sein. Beide Fälle sprechen übrigens im Verein mit einer Reihe anderer gegen die Ansicht derjenigen Psychiater, die in dem Gewohnheitsverbrecher einen unwandelbaren Typus sehen wollen, der unter allen Umständen antisozial bleiben muß, und die enorme Bedeutung des Milieus dabei ganz übersehen.

M. H.! Ich habe ausgeführt, daß die akuten Psychosen sich zumeist in der Untersuchungshaft entwickelten, und sie als pathologische Reaktionen des Entarteten auf akute Schädigungen aufgefaßt.

In der langen Strafhaft lernen wir die Schädlichkeiten kennen, die sich teilweise mit denen der Untersuchungshaft decken, in manchem aber doch nicht unwesentlich von ihnen abweichen. Während dem Gefangenen in der Untersuchungshaft sein eigenes Schicksal, die Verhöre und Gegenüberstellungen zwar vielfache Aufregung bereiten, aber auch reichliche Zerstreuung gewähren, fehlt ihm diese in der langjährigen Isolierhaft der Strafanstalten. Das monotone Einerlei des Betriebes, der Mangel an geistiger Anregung und Gedankenaustausch führen leicht zu unfruchtbarem Grübeln und je nach der Veranlagung der Persönlichkeit zum Ausmalen phantastischer Luftschlösser, zur Bildung hypochondrischer Ideen oder zur Entstehung von Beeinträchtigungsideen und paranoiden Systemen. Infolge der langjährigen Isolierhaft entwickeln sich jene chronischen Psychosen, die wir als die pathologische Entwickelung der entarteten Persönlichkeit bezeichneten.

Die Anstaltspädagogen haben die Isolierhaft stets wegen ihres hohen erzieherischen Einflusses gerühmt und tatsächlich erleichtert sie die suggestive Behandlung des Gefangenen, „die Besserung" im höchsten Maße. Gerade die haltlosen, weichen, nachgiebigen, willensschwachen Milieumenschen, aus denen sich die Bevölkerung unserer Strafanstalten größtenteils zusammensetzt, geraten schnell unter den Einfluß der Strafanstaltsbeamten und machen sich die neue Moral ebenso schnell zu eigen, wie sie auch entgegengesetzten Suggestionen zu unterliegen pflegten. Solange aber die Gefangenen unter dem Einflusse ihrer Erzieher stehen, kein anderer ihn durchkreuzt und ihrem Denken eine bestimmte Richtung gegeben ist, bewegt es sich in dieser weiter. Der Gefangene versenkt sich in der Einsamkeit seiner Zelle in Zukunftsträume, er malt sich bei seiner sanguinischen Veranlagung sein Weiterkommen in rosigen Farben aus; die scheinbare Läuterung, an die er selbst fest glaubt und über die er glücklich ist, scheint ihm alle Hindernisse aus dem Wege räumen zu können. Seine Briefe

triefen von guten Vorsätzen und Versprechungen, mit dem vergangenen Leben hat er jetzt dauernd abgeschlossen und ein neues, besseres wird angefangen.

Diese Träumereien, denen sich die debilen Gefangenen in der Zelle hingeben, erreichen bei einigen von ihnen schließlich einen Grad von Kritiklosigkeit und fixieren sich allmählich so, daß an ihrer Krankhaftigkeit nicht mehr gezweifelt werden kann. Solche phantastische Träumer habe ich wiederholt zu beobachten Gelegenheit gehabt. Einer meiner Kranken, ein mäßig begabter, haltloser und von jeher schwer erziehbarer Mensch, mit vielen Vorstrafen wegen Diebstahls, erfuhr in den Strafanstalten immer wieder seine „Läuterung", bis daß er während seiner letzten Verwahrung, angeregt durch die Lektüre eines Buches über Palästina, sich entschloß, sein Leben dem Herrn zu weihen. Er bat über seine gesetzlich festgestellte Zeit in der Strafanstalt bleiben und das Harmoniumspiel erlernen zu dürfen, um damit als Krankenpfleger im Lepraspital zu Palästina seine Kranken zu erfreuen. Jetzt verbüßt er eine fünfjährige Zuchthausstrafe wegen schweren Sittlichkeitsverbrechens; die alten Ideen tauchten wieder auf, er lernt eifrig für seinen späteren Beruf französisch. Ein anderer, der, wie seine Frau sagte, nie einen klaren Sinn für etwas hatte, der stets in einem übertriebenen Größenwahn lebte, dessen Leben ein Lügen- und Schwindelleben war, der von jeher maßlos renommierte und was er einmal erzählte, auch glaubte, landete nach jahrzehntelangem Wanderleben im Arbeitshause, wo er durch sein leutselig-herablassendes Wesen gegen die Beamten schon längere Zeit auffiel. Eines Tages produzierte er phantastische Zukunftspläne, er wolle eine Kunststeinfabrik begründen, Steine aus Chausseestaub fabrizieren usw.; in den Taschen fand man sorgfältig hergestellte Preisverzeichnisse und Kostenanschläge für Häuser und Brückenbauten aus seinen Chausseestaubsteinen vor. Zu einer vollen Einsicht für die Kritiklosigkeit ihrer Pläne kam es bei beiden Kranken auch in der Irrenanstalt nicht, doch blaßten ihre Ideen in der neuen Umgebung bald ab.

Solche phantastischen „Wahnsysteme" mögen sich in den Strafanstalten bei den sanguinisch minderwertigen, in ihrem

Urteil von Stimmungen und Wünschen abhängigen Personen nicht selten entwickeln; nur ausnahmsweise erreichen sie einen derartigen Grad von Absurdität, daß sie den Beamten als krankhaft auffallen.

Viel häufiger jedenfalls als diese phantastischen Träumereien sehen wir bei den Gefangenen sich hypochondrische Komplexe entwickeln. Auslösende Ursachen gibt es in der Strafanstalt überreichlich: die bedeutenden Gewichtsverluste, die sich nahezu bei allen Insassen während der ersten Monate einstellen, die Verdauungsbeschwerden, an denen ein großer Teil von ihnen leidet, exzessive Onanie und besonders das deprimierende und beschämende Gefühl, das den Gefangenen befällt, wenn er sich immer wieder den masturbatorischen Trieben erliegen sieht, die häufigen Erkrankungen und Sterbefälle der Mitgefangenen, die Aussichtslosigkeit auf eine naturgemäßere Lebensweise, die vielen nervösen Beschwerden, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen usw., alles das ist nur geeignet, hypochondrische Befürchtungen bei den Gefangenen zu erwecken und zu nähren. Die Einsamkeit, die mangelnde Aussprache und das gerade derartig veranlagten Personen besonders schädliche Fehlen jeder Zerstreuung und einer Interesse erweckenden Beschäftigung vermag solche Gedanken nur zu entwickeln und zu befestigen. So sehen wir in einer großen Anzahl von Fällen sich hypochondrische Depressionen ausbilden, die zwar nur selten zu psychiatrischer Behandlung führen mögen, den Anstaltsärzten aber um so mehr zu schaffen machen.

Gibt in einem Falle der sanguinische Grundcharakter der Gefangenen den Boden für kritiklose Zukunftsträumereien ab, und löst in einem anderen Falle die ängstliche Selbstbeobachtung im Verein mit zahlreichen organischen Beschwerden eine hypochondrische Gedankenrichtung aus, so finden wir hierfür genügende Analogien bei der freilebenden Bevölkerung. Typischer für die Strafanstaltsinsassen sind die Wahnbildungen verfolgenden Inhalts. Sie entwickeln sich in dem Milieu des Gefängnislebens offenbar viel häufiger als in der Freiheit bei prädisponierten Persönlichkeiten.

Aus unserer nächsten Umgebung sind uns allen die „paranoiden“ Charaktere bekannt: die einen Persönlichkeiten

mit starkem Selbstgefühl und großer Selbstschätzung, tatkräftig, zielbewußt, selbständig und unbeeinflußbar, stets bedacht, daß ihre Vorzüge auch gehörig anerkannt werden, dabei argwöhnisch, empfindlich und bei jeder Gelegenheit ihre Umgebung wegen angeblicher Verletzungen zur Rechenschaft ziehend und Erklärungen fordernd, die anderen mit mangelndem Zutrauen in ihre Fähigkeiten, zur verkleinernden Selbstkritik geneigt, ängstlich befürchtend, daß auch ihre Umgebung die vermeintliche Schwäche erkenne, argwöhnisch und mißtrauisch harmlose Äußerungen wägend und mit ihrer Person in Beziehung bringend, leicht verletzt und empfindsam, sich überall zurückgesetzt und verkannt fühlend, an Selbstvertrauen gewinnend in einer Umgebung, die ihnen entgegenkommt, den Rest der Selbstachtung verlierend, wenn sie sich übersehen glauben. Beide sind für das Leben nicht geschaffen. Die einen liegen mit allen in Hader und Streit, die anderen — wenn ihr Beruf sie nicht an der Scholle kleben läßt — führen ein ruheloses und einsames Leben. Daß bei solchen Menschen der Argwohn und das Mißtrauen unter den engen Verhältnissen der Strafhaft leicht eine krankhafte Höhe erreicht, erscheint begreiflich.

Dazu kommt aber noch eins. Wir müssen uns vergegenwärtigen, daß die Stellung der Verbrecher in der Gesellschaft sich so wesentlich von der des sozialen Menschen unterscheidet, daß es verständlich erscheint, wenn sich bei den beschränkten und kurzsichtigen Personen leicht eine vollkommene Verkennung ihres Verhältnisses zu den Mitmenschen entwickelt. Ein großer Teil der Gewohnheitsverbrecher betrachtet sich — und nicht ganz mit Unrecht — als das Opfer der Gesellschaft, die sozialen Elemente als ihre geschworenen Feinde, die planmäßig auf ihre Vernichtung hinarbeiten. Wenn, wie in einem unserer Fälle, ein armer Schlucker deswegen, weil er einem Kinde fünf Pfennige abnahm, mit fünf Jahren Zuchthaus wegen Raubes bestraft wird, oder ein anderer, weil er in angetrunkenem Zustande einigen Frauenspersonen ein Portemonnaie mit geringem Inhalte unter Drohungen abforderte, wegen räuberischer Erpressung sieben Jahre ins Zuchthaus wandert, so begreift ein einfacher Mann die Gerechtigkeit des

Richterspruches nicht. Daher sind auch Bemerkungen wie: „Was ich gestohlen habe, ist keine fünfzig Pfennige wert, und ich habs wieder hergeben müssen, und trotzdem tut man mich auf zwei Jahre in dieses Haus, wenn das keine Ungerechtigkeit ist", oder: „Der Staat tut uns nur ausnutzen zu Soldatenhosen machen", oder: „In diesen Häusern haben sie mich mit Fleiß so weit gebracht, daß ich jetzt nicht mehr schaffen kann" usw., Äußerungen, wie man sie ähnlich von tiefstehenden Verbrechern täglich hören kann, Ansichten, die mit vollständiger Überzeugung vorgebracht werden, die sie in ihrem Verkehr miteinander nähren und fixieren, und deren Grundlosigkeit ihnen von sozialen Elementen um so weniger ausgeredet werden kann, als sie ja fast ausschließlich nur mit ihresgleichen in Berührung kommen. Und in der Tat müssen solche kritiklose Schlußfolgerungen bei unseren leichtgläubigen, schwachsinnigen, mißtrauischen Gewohnheitsverbrechern verständlich erscheinen, wenn wir uns erinnern, daß es dem gewohnheitsmäßigen Kriminellen auch bei besten Vorsätzen sehr erschwert wird, sich aus eigener Kraft wieder emporzuarbeiten, und daß die Gesellschaft ihm nur in sehr geringem Maße die Schwierigkeiten aus dem Wege zu räumen sucht. Der schwachsinnige Gewohnheitsverbrecher fühlt sich den Behörden oft wie einem unheimlichen Verhängnis willenlos unterworfen, den Behörden, die über seinen Entwickelungsgang, sein Vorleben, seine Straftaten in allen Einzelheiten besser orientiert sind als er selber, die ihn auch in der Freiheit nicht aus dem Auge lassen und jeden seiner Schritte kennen und bewachen. Nur dieses Verhältnis zwischen Verbrecher und Gesellschaft läßt es uns begreiflich erscheinen, daß auch bei **nicht** geisteskranken Sträflingen abergläubische Ideen ganz absurder Natur festen Boden fassen können, daß z. B. Soda und Natron ins Essen geschüttet wird*), um die sexuellen Gelüste bei den Gefangenen zu ertöten, oder wie ich es in Kislau mehrmals mit großer Bestimmtheit versichern hörte, daß „in dene Häuser" mancher von den Aufsehern heimlich umgebracht werde und kein Hahn danach krähe.

---

*) Siehe auch Auer, Zur Psychologie der Gefangenschaft, S. 24.

Man versetze nun solche argwöhnische, mit der Gesellschaft verfallene Personen in das Milieu einer Strafanstalt, unter die harte Disziplin und die Aufsicht eines oft voreingenommenen, rücksichtslosen Aufseherpersonals, in die Monotonie der Isolierzelle und der Sträflingsarbeit, unter die schwächenden Einflüsse des Zuchthauslebens! In der tödlichen Einförmigkeit des Anstaltsbetriebes gewinnt jedes Vorkommnis an Interesse und ruft jede Lappalie die Aufmerksamkeit des Gefangenen wach. Gleichgültige Begebenheiten sind ihm der Stoff zum Nachdenken und Grübeln, Vorgänge, wie sie sich täglich abspielen, deren Bedeutung ihm aber unklar bleibt, da er unter den Verhältnissen der Strafanstalt keine Erklärungen verlangen und naturgemäß auch nicht erhalten kann: Einige Aufseher sprechen längere Zeit in seiner Nähe und blicken wie von ungefähr zu ihm hinüber, in der Kirche werden Dinge erwähnt, die ganz im allgemeinen auf die Vergangenheit der Sträflinge Bezug haben. Die hungrige Phantasie des Gefangenen beschäftigt sich damit. In der Einsamkeit der Zelle taucht der leise Argwohn auf, daß die Aufseher über ihn gesprochen haben, daß die Rede des Pfarrers sich nur auf ihn bezogen haben könnte; von jetzt an aber verfolgt er mit argwöhnischem Auge die Vorgänge in seiner Umgebung und bringt alles mit seiner Person in ungünstige Beziehung. Eine offene Aussprache mit einer in seinen Augen vertrauenswürdigen Person würde seinen Argwohn vielleicht jetzt noch zerstreuen können, sie ist aber unmöglich: mit den Gefangenen zu reden hindert ihn das Schweigegebot, gegen die Angestellten richtet sich sein Mißtrauen. So erfolgt keine Korrektur, und in der Zelle grübelnd und spintisierend baut er Stein auf Stein, bis sich ein paranoides Wahngebäude entwickelt hat.

Solche Fälle sind in den Gefängnissen sicher häufiger als der Kliniker annimmt. Manche der Kranken mögen ihr geordnetes äußeres Verhalten bewahren und wenig oder gar nicht auffallen; bei anderen kommt es aber auf Grund von Wahnideen zu heftigen Zornausbrüchen und Angriffen auf Beamte und Mitgefangene, so daß die Aufhebung des Strafvollzugs und irrenärztliche Behandlung nötig wird.

Der Inhalt der Wahnideen ist sehr charakteristisch. In

einzelnen Fällen handelt es sich nur um eine oder wenige isolierte Wahnvorstellungen, die nicht weiter verarbeitet und ausgebaut werden. So beobachtete ich einen alten Landstreicher, dessen paranoide Vorstellungen sich darauf beschränkten, daß die Mitgefangenen über ihn tuschelten, lachten und höhnten, weil er so aus dem Halse rieche.

Meist aber bleibt das Wahnsystem nicht auf dieser Stufe einer ärmlichen Entwickelung stehen, sondern es wird mannigfaltiger und systematisierter.

Die Beziehungsideen halten sich dabei bisweilen so in dem Rahmen des Möglichen, daß man darüber streiten kann, ob wir es noch mit einem gesteigerten Mißtrauen oder bereits mit Wahnideen zu tun haben. Einer unserer Kranken, dessen Unfallsrente während seines Aufenthaltes in der Strafanstalt eingezogen wurde, um die Verpflegungskosten zu decken, schließt aus diesem Vorkommnis, dessen gesetzliche Berechtigung er nicht anerkennt, daß er planmäßig geschädigt werden solle. Er beschwert sich wiederholt in langen Eingaben darüber, und als er nicht gleich Antwort erhält, wird ihm klar, daß seine Briefe nicht abgeschickt werden, daß er absichtlich um sein Geld komme, daß man ihm allgemein feindlich gesinnt sei usw. Wegen tobsuchtsartiger Erregung mußte schließlich der Strafvollzug ausgesetzt werden. Ein anderer machte einmal die vielleicht richtige Beobachtung, daß eine gelegentlich von ihm dem Hauslehrer gegenüber gebrauchte Redensart nach einigen Tagen auch dem Pfarrer bekannt geworden ist. Von jetzt ab bemerkt er das öfter; der Hauslehrer horcht ihn also aus, um dem Pfaffen alles zu hinterbringen. Der Pfaffe setzt seine Predigt aus den Gedanken zusammen, die der Gefangene tags zuvor dem Lehrer mitgeteilt hat. Alles, was von der Kanzel gesprochen wird, bezieht sich auf ihn. Er gerät in höchste Erregung, verstopft sich die Ohren während der Predigt mit Wachs usw. Im Krankenhause hört die Weiterbildung des Wahnes sofort auf. An der Wirklichkeit der gemachten Beobachtungen halten aber die Kranken fest.

Meistens aber — wenigstens in den Fällen, die in die Irrenanstaltsbehandlung kommen — entwickelt sich, auch wenn es zu lebhafteren und häufigeren Halluzinationen nicht kommt,

ein mannigfaltiges und zusammengesetztes Wahngebilde, an dessen ausgesprochener Krankhaftigkeit niemand mehr zweifeln kann. Oft gibt ein äußeres Ereignis den Anstoß zur Auslösung des gesteigerten Mißtrauens und Argwohns: ein neuer Aufseher kam auf die Abteilung, der dem Sträflinge von vornherein nicht zusagte, der Beamte macht ihm gegenüber anzügliche Bemerkungen, aus denen hervorgeht, daß er genau über sein Vorleben orientiert ist, gibt ihm die schlechtesten Sachen zum Ausbessern und bereitet ihm auch sonst allerlei Schikanen. Allmählich beginnen auch die Mitgefangenen ihn so sonderbar von der Seite anzusehen, sie räuspern sich und hüsteln, wenn er in ihre Nähe kommt und erzählen alles Mögliche, was auf ihn Bezug hat. Die Verfolgungen werden immer offenbarer, die Aufseher gießen ihm Petroleum ins Trinkwasser, auch das Fleisch schillert so eigentümlich, in dem hohlen Rande der Kaffeetasse ist eine Schmiere, die wie Bleiweiß schmeckt, die Aufseher schimpfen über ihn und bedrohen ihn heimlich, die Sache wird ihm immer verdächtiger, man will ihm offenbar ans Leben. Er verweigert die Nahrung, wird schlaflos und gerät in hochgradige ängstliche oder gereizte Erregung, die schließlich seine Überführung in die Irrenanstalt notwendig macht.

Gerade diese Formen, die im Beginn oft eine gewisse Periodizität zeigen, entwickeln sich nicht selten auf dem Boden der epileptoiden Entartung und scheinen aus den periodischen Verstimmungen heraus zu entstehen, wie es auch bei den akut auftretenden Haftpsychosen beobachtet wird.

Der charakteristischste Typus der paranoiden Erkrankungen in der Haft ist aber die querulatorische Form, wie schon Kirn und Kraepelin hervorgehoben haben. Entweder im Anschluß an die Verurteilung oder unter dem frischen Eindrucke einer tatsächlichen oder häufiger irrtümlich angenommenen Schädigung in der Strafanstalt entwickelt sich allmählich der Wahn der rechtlichen Benachteiligung mit Eigenbeziehung und Erinnerungsfälschungen. Die Kranken richten zahllose Eingaben ans Gericht, in denen sie sich für unschuldig erklären, Wiederaufnahme des Verfahrens beantragen, neue Beweismittel anführen; auf den abschlägigen Bescheid hin werden

sie erregt, wenden sich an eine höhere Instanz, die Eingaben häufen sich immer mehr, nehmen einen immer leidenschaftlicheren Ton an, Richter und Zeugen werden in unerhörtester Weise verdächtigt. Allmählich wird die Umgebung mit für den fehlenden Erfolg der Eingaben verantwortlich gemacht und in den Wahn hineingezogen; die Kranken verweigern die Arbeit, geraten in maßlose Wut und Erregungszustände, essen und schlafen schlecht und kommen körperlich stark herunter. Im Krankenhause tritt auch wie bei den anderen paranoiden Formen schnell eine Besserung des Zustandes ein; die Entwickelung des Wahns nimmt meist sofort ein Ende, die Kranken beruhigen sich, schlafen besser und nehmen stark an Gewicht zu. An der Realität der im Gefängnis geäußerten Wahnvorstellungen wird aber festgehalten. In der Freiheit blassen die Wahnideen meist so weit ab, daß die Kranken keinerlei Folgerungen mehr daraus ziehen und die Angriffe auf die meineidigen Richter nicht wieder aufnehmen. Kommt der Kranke aber aus irgend einem Grunde wieder unter die Schädigungen der Strafhaft, so tauchen die alten Vorstellungen oft von neuem auf, und die neue Umgebung wird bald wieder in das Wahnsystem hineingezogen.

Wie sind nun diese Formen klinisch zu bewerten? Ich meine, daß es einem Zweifel nicht unterliegen kann, daß sie in ihrer Entwickelung und ihrer Symptomatik von der *Paranoia* und dem *Querulantenwahn Kraepelins* nicht zu unterscheiden sind. *Es handelt sich um ein langsam sich entwickelndes, dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem, bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln.* Nur in einem weichen sie von der *Paranoia Kraepelins* ab, nämlich in der *Prognose*. Die Paranoia und der Querulantenwahn Kraepelins sind fortschreitende Erkrankungen, während aber diese, durch die Strafhaft ausgelösten Formen nach dem Milieuwechsel meist sofort abblassen. Ist das ein genügender Grund, um sie von jenen Formen abzugrenzen?

Es ist eine Erfahrung, die wir bei allen Entartungspsychosen machen, daß ihre Prognose um so günstiger ist, je klarer für

die Erkrankung eine auslösende Ursache nachweisbar und je leichter diese zu heben ist, und um so ungünstiger, je mehr die Erkrankung ohne erkennbaren äußeren Anlaß allein aus innerer Anlage sich entwickelt hat. Beispielsweise sehen wir im Anschluß an schwere Schicksalsschläge nicht selten Depressionen vom Typus des manisch-depressiven Irreseins entstehen oder Zyklothymien infolge der Spannung und Erregungen der Brautzeit, hysterische Anfälle im Anschluß an einen plötzlichen Schrecken, und beurteilen sie prognostisch mit Recht günstiger, als wenn sich dieselben Störungen rein endogen entwickelt hätten. Daß das Gefängnis mit seinen akuten und chronischen Schädigungen als ein Ort betrachtet werden darf, der zur Entwickelung und Steigerung von Psychopathien häufig Gelegenheit gibt, glaube ich hinlänglich hervorgehoben zu haben. Jene, die hysterischen Anfälle, die psychogenen Störungen, die Steigerungen der allgemeinen Psychopathie, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Labilität der Stimmung treten nach Aufhebung der Haft zurück und bleiben ein Einzelvorkommnis, eine isolierte Phase im psychischen Leben der Person. Es ist daher nicht überraschend, daß Wahngebilde, die sich in dem Milieu der Strafanstalt entwickelten und vorzugsweise ihm den Ursprung verdanken, mit der Entfernung der schädigenden Ursache auch in ihrer Fortbildung aufhören und abblassen. Die Formen des freien Lebens und die der Strafanstalt sind daher meines Erachtens klinisch völlig gleichwertig; jene sind aber die Entwickelungen weit schwererer Grade der Entartung als diese, die das Resultat von Entartung und eines äußeren, entfernbaren Momentes sind.

Ich stehe daher nicht an, in Übereinstimmung mit Siefert und Bonhoeffer, diese Formen der endogenen Paranoia Friedmanns*) und dem Querulantenwahnsinn Kraepelins gleichzustellen. Gerade bei der letzteren, unserem psychologischen Verständnis so außerordentlich naheliegenden Krankheit — ich erinnere nur an den Michael Kohlhaas —

*) Friedmann: Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XVII, S. 467.

habe ich mich nie überzeugen können, daß sie die Äußerung eines Prozesses sei, der nach Hitzig*) „mit größter Wahrscheinlichkeit auf feinste anatomische Veränderungen des Gehirnes“ zurückgeführt werden müsse, und bei denen sich, wie Kraepelin meint, „eine deutliche Zunahme der geistigen Schwäche“ entwickele. Bei allen Fällen, die ich als Querulantenwahnsinn diagnostiziert habe, hatte ich wohl den Eindruck, daß — falls die Wahnbildung progredient war — Kritik und Urteil der Personen im Laufe der Zeit schwächer wurden, oder auch wohl, daß die Kranken allmählich weniger erregt und erregbar wurden, ohne dabei an Einsicht für ihre Krankheit zu gewinnen; niemals aber gewann ich die Überzeugung, daß sich ein organisch bedingter Schwächezustand entwickelte. Die Fälle jedoch, die nach Hitzig allmählich „die Gestalt ausgesprochenen Blödsinns“ annehmen (mir ist auch aus der Literatur kein solcher bekannt), sind keine Querulantenwahne, sondern entweder Verblödungsprozesse, wie ich sie weiter oben unter der Dementia praecox kurz geschildert habe, oder aber manisch-depressive Irre, die in der Hypomanie querulierten und in der nachfolgenden Depression das Bild geistiger Schwäche vortäuschten. Diese Paranoiaformen und der Querulantenwahnsinn sind jedenfalls als eigenartige Steigerungen psychopathischer Veranlagungen von den in Schwachsinn übergehenden Paranoiaformen Kraepelins zu trennen. Ob der Rest dann noch den Anspruch einer von den anderen Verblödungsprozessen, der Dementia praecox und den senilen Psychosen, scharf zu trennenden geistigen Störung machen darf, kann hier unerörtert bleiben.

Eine starke Stütze für unsere Auffassung des Querulantenwahnsinns ist seine überraschend häufige Verbindung mit anderen Zeichen der Entartung, insbesondere mit hysterischen Symptomen.**) Wenn ich das Vorleben und die weiteren Schicksale der sechs Personen verfolge, bei denen das Vorherrschen des geschilderten Symptomenkomplexes die Bezeichnung Queru-

---

*) Hitzig: Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895. S. 140.

**) Anm. bei der Korrektur: Vergl. auch Heilbronner in Gaupp's Centralblatt 1907, S. 769.

lantenwahnsinn rechtfertigt, so ist nur ein Fall davon gewesen. Einer meiner Kranken hatte vor vielen Jahren hysterische Lähmung, später eine typische Unfallsneurose. erst im Anschluß an eine Bestrafung wegen Sittlichkeits brechens entwickelte sich das typische Bild des Querulan wahnsinns; ein anderer wurde ebenfalls jahrelang vor A bildung des Wahnsystems von einer akuten Psychose mit Färbung eines Ganserschen Dämmerzustandes befallen; dritter Kranker, der vor einigen Jahren wegen einer ak Haftpsychose zur Beobachtung in die Klinik kam und von als hysterischer Charakter begutachtet wurde, soll jetzt Zuchthause das charakteristische Bild des Querulantenwah sinns bieten. In einigen anderen Fällen verbinden sich Erscheinungen einer akuten Haftpsychose mit denen der chro schen Wahnbildung; unter anderem wurde ein langjährig Querulant, der wegen Beleidigung ins Gefängnis gebracht wurd dort von einer solchen vorübergehenden geistigen Störung be fallen.

Diese Auffassung des Querulantenwahnsinns gibt uns endlich ein Verständnis für die Häufigkeit, in der sich die Erkrankung bei Unfallverletzten und Rentenjägern entwickelt, und schließlich für die oft beobachtete Entwickelung des Querulantenwahns durch psychische Infektion.

Nicht immer beschränkt sich die Kombination von Querulantenwahn und akuter Haftpsychose auf das Auftreten von schnell vorübergehenden Erscheinungen geistiger Störung, vereinzelten hypnagogen Halluzinationen, nächtlichen Angstzuständen. Bisweilen entstehen auf dem Boden des Querulantenwahnsinns sich über längere Zeit hinziehende ängstliche Erregungen mit massenhaften Halluzinationen des Gehörs, wie ich sie bereits oben geschildert habe; die Kranken hören au der Wand gemeine Schimpfworte, „Brandstifter, Aufwiegler Spitzbube“; sie hören Beschuldigungen, Drohungen, sie würden hingerichtet, vernehmen, wie unten im Hofe das Schafott auf gerichtet wird usw. Dieselben Kombinationen von stürmischen Äußerungen und chronischen Wahngebilden sehen wir auch be den übrigen als chronische Haftpsychosen geschilderten Formen so daß eine ungeheure Reichhaltigkeit und Mannigfaltigkeit der

Bilder sich dadurch entwickeln können, die in ihrer bunten Symptomatik bisweilen stark an die Verblödungsprozesse der Dementia praecox erinnern können. Auf eine genauere Schilderung dieser Formen muß ich bei ihrer großen Variabilität an dieser Stelle verzichten.

Der Verlauf ist bei allen mehr oder weniger derselbe: in den allermeisten Fällen tritt beim Wechsel der Umgebung, bei Aufhebung des Strafvollzugs und Überführung in die Klinik Stillstand in der Krankheitsentwickelung ein. Nahezu alle Kranke werden mit der Zeit *einsichtig* für die *stürmischen* Äußerungen der Psychose, für die Halluzinationen und die absurdesten Wahnideen. Sie *halten aber fest* an den krankhaften Ideen, die sich *langsam* in ihren Bewußtseinsinhalt eingeschlichen haben, und sie bleiben um so eher uneinsichtig für das Krankhafte der Idee der Vergiftung und anderer in den Grenzen der Möglichkeit liegenden Verfolgungen, als sich diese in derselben Richtung bewegen wie die Vorstellungen, die, wie ich schon sagte, unter unseren tiefstehenden Verbrechern über das Wesen des Strafvollzugs und ihre Stellung zu der Gesellschaft im allgemeinen recht verbreitet sind.

Was nun endlich die *Erkennung* der Haftpsychosen anbelangt, so ist es bei der außerordentlichen Mannigfaltigkeit, welche die akuten Formen und die progredienten Verblödungen in ihren krankhaften Äußerungen entwickeln können, unmöglich, die Differentialdiagnose zwischen beiden Gruppen einigermaßen erschöpfend zu besprechen, ohne vieles zu wiederholen, was ich schon gesagt habe, zumal die *Symptome*, die für gewisse Krankheiten charakteristisch sind, verschwindend selten sind und es fast stets *Symptomenkomplexe* sind, die unsere Diagnose entscheiden. Der allergrößte Teil der akuten und chronischen Haftpsychosen ist, wie wir gesehen haben, in ihren Erscheinungen so charakteristisch, daß eine Verwechslung mit ungünstigen Prozessen bei Kenntnis der Symptome selten eintreten wird. Immerhin gibt es Formen, welche aus dem *Zustandsbilde* nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren sind. In diesen Fällen kann der Nachweis eines ausgesprochen degenerativen Bodens für die Diagnose der Seelenstörung als eine degenerative von größter Bedeutung.

werden. Läßt sich eine hysterische oder pseudologistische Entartung mit Entschiedenheit feststellen, so wird man zunächst an eine degenerative Geistesstörung denken müssen, denn Hysteriker und krankhafte Schwindler werden von einem Verblödungsprozesse erfahrungsgemäß ebenso selten befallen, wie etwa Manisch-Depressive und Zyklothyme. Je weniger faßbar die Zeichen der Entartung jedoch sind, desto geringer ist ihr diagnostischer Wert, und aus unseren Ausführungen über die Bruchsaler Dementia-praecox-Kranken geht zur Genüge hervor, wie häufig sich die Dementia praecox auf einem leicht psychopathischen Boden entwickeln kann.

M. H.! Werfen wir endlich noch einen vergleichenden Blick auf die beiden Diagnosentafeln, welche die früheren und jetzigen Krankheitsbezeichnungen wiedergeben, so sehen wir, daß die Gruppe der Entartungspsychosen auf den fast doppelten Umfang von 17% auf 30% angewachsen ist und zwar vorzüglich auf Kosten der Dementia praecox, die von 60% auf 49% und der Epilepsie, die von 8% auf 4% gefallen ist. Dabei zeigt sich, daß die meisten Fehldiagnosen bei den Untersuchungsgefangenen vorkamen, bei denen die Dementia praecox von 32% auf 10%, die Epilepsie von 15% auf 4% sank. Es sind also vorwiegend die akuten Haftpsychosen, die zu Verwechselungen geführt haben. Die Ursachen für die Fehldiagnose zwischen psychogenen Geistesstörungen und Dementia praecox habe ich bereits an anderer Stelle*) kurz dargelegt: der vorzüglichste Grund lag in der Unterschätzung der hysterischen Stigmata und Syndrome, des Bodens, auf dem sich die Krankheit entwickelte, als Merkmal der degenerativen Psychose, in der Überschätzung der sogen. katatonischen Symptome, der Stumpfheit, des Negativismus, des Mutazismus, der Manieren, Stereotypien als diagnostisch entscheidende Zeichen für die juvenilen Verblödungsprozesse. Die Gründe für die Fehldiagnosen zu Gunsten der Epilepsie habe ich schon oben ausgeführt: sie liegen in der zu hohen Einschätzung der autochthonen Verstimmung als epileptisches

*) Wilmanns: Zur Differentialdiagnostik der funktionellen Psychosen. Gaupps Zentralblatt 1907, S. 576ff.

Symptom und der Unkenntnis, daß sie auch bei psychopathischen Personen verbreitet ist, die in naher innerer Beziehung zu der hysterischen Entartung stehen und daher wie diese zu psychogenen Geistesstörungen disponiert sind. Seltener wurden die paranoiden Haftpsychosen verkannt, wie Ihnen auch die häufigere Diagnose „Paranoia“ zeigt; einige Fälle, die sich bei alten Landstreichern entwickelten, wurden als Alkoholpsychosen aufgefaßt, eine Gruppe, in der auch der alkoholische Schwachsinn Kraepelins sich findet, der bei mir zu den unklaren Fällen zählt.

Vergleichen wir endlich die drei Hauptgruppen, die Kislauer, die Bruchsaler und die Untersuchungsgefangenen unter sich, so sehen wir das starke Überwiegen der Degenerationspsychosen bei den Untersuchungsgefangenen mit 62 % gegen die Kislauer mit 20 % und die Bruchsaler mit 18 %, den hohen Prozentsatz von Dementia praecox bei den Bruchsalern mit 68 % und den Kislauern mit 61 % gegen 19 % der Untersuchungsgefangenen. Für die Bruchsaler geben die angegebenen Prozente das tatsächliche Verhältnis nicht wieder. Zweifellos sind die Haftpsychosen in den Landesgefängnissen und im Zuchthaus viel häufiger als die Tabelle angibt; nur ein geringer Teil kommt davon in die Klinik, der überwiegende wird im Landeskrankenhause zur Heilung gebracht und nach Strafablauf entlassen. In den letzten Jahren, in denen die Aufnahmen aus dem Krankenhause Bruchsal infolge äußerer Umstände stark zugenommen haben, ist das Wachsen vorwiegend durch die Haftpsychosen erfolgt, die früher nach dem Abklingen der stürmischen Erscheinungen in Freiheit gesetzt wurden. Das Verhältnis zwischen degenerativen Psychosen und Dementia praecox unter den Kislauern entspricht aber ziemlich der Wirklichkeit, da Kislau keine Irrenabteilung hat und die Kranken sofort in die Klinik überführt. Immerhin ist die Zahl der degenerativen Psychosen mit 19 Fällen etwas zu hoch gegriffen, da einige Kranke nicht wegen einer Psychose im engeren Sinne, sondern wegen der Schwere ihrer Entartung zu uns überführt wurden. Die relative Seltenheit der Haftpsychosen in dem Arbeitshause ist erklärlich: aus der überwiegenden Häufigkeit von hochgradigen Imbezillen unter den gewohnheitsmäßigen

Bettlern — bei schweren Imbezillen sind Haftpsychosen selten —: aus dem hohen Alter der meisten Insassen — die Haftpsychose ist am häufigsten bis zum 35. Jahre —; aus der großen Zahl der chronischen Alkoholisten unter den Korrigenden — der alkoholische Schwachsinn gibt selten den Boden für psychogene Geistesstörung ab —; aus der Seltenheit der hysterischen Entartung — die Hysteriker sind geborene Eigentumsverbrecher. Hochstapler und Betrüger, selten ehrliche Bettler —; endlich aus der Durchführung der Gemeinschaftshaft — die Haftpsychosen entwickeln sich mit Vorliebe in Einzelhaft. Endlich ist es auch von Interesse zu betonen, daß die Dementia praecox-Kranken zum überwiegend großen Teil, die 38 Bruchsaler sämtlich, in verblödetem Zustande in den Irrenanstalten sich befinden, während die eigentlichen Haftpsychotiker nach überstandener Erkrankung fast alle in Freiheit entlassen wurden und zur Zeit in Strafanstalten sich befinden oder ein soziales Leben führen.

M. H.! Diese Tatsachen sind meines Erachtens geeignet, uns ein Verständnis für die äußerst überraschende Verschiedenartigkeit der wissenschaftlichen Überzeugung der früheren Autoren zu geben. Wir bilden uns unser Urteil über eine Krankheitsgruppe nach denjenigen Fällen, die sich unserer Beobachtung am meisten aufdrängen, d. h. die uns am häufigsten aufstoßen und deren Entwickelung von uns am längsten verfolgt werden kann. So ist es verständlich, daß die alten Fachpsychiater Köhler, Sommer, Näcke, welche in ihren Landesanstalten die Endzustände der im Gefängnis ausbrechenden Psychosen sahen und akute Haftpsychosen so gut wie nie zu Gesicht bekamen, daß diese alle zu ungünstiger prognostischer Beurteilung der Erkrankungen kommen mußten, ebenso wie Kühn, der unter seinen Landstreichern vorwiegend längsterkrankte Dementia-praecox-Kranke sah, Degenerationspsychosen aber nur in geringeren Ausnahmen. Es ist ferner begreiflich, daß sich diese Forscher gegen die Ansichten Gutschs wandten und seine Isolierungsmelancholie für ein Entwickelungsstadium ihrer Verblödungsprozesse erklärten, während es wiederum verständlich ist, daß Gutsch auf Grund der häufigeren Haftpsychosen, und der nicht seltenen Remissionen

der Dementia praecox nach Aufhebung der Einzelhaft zu einem ganz entgegengesetzten Urteil kommen mußte, zu der Ansicht, in der Isolierungspsychose eine allgemein günstige Erkrankung vor sich zu haben. Zu einer richtigen Bewertung und Erkenntnis der Haftpsychosen konnte erst derjenige kommen, der ein Material verarbeitete, in denen sie an Häufigkeit den progredienten Psychosen nahe kamen oder sie überwogen, nämlich Reich bei seiner wertvollen Untersuchung über die Geistesstörungen der Untersuchungsgefangenen und Kirn bei der Verarbeitung eines Materials, das vorwiegend kurze Gefängnisstrafen zu verbüßen hatte. In der Tat bestehen ihre damaligen Ausführungen auch jetzt noch zu Recht, sowohl die Reichsche Haftpsychose, wie die Kirnsche Melancholia hallucinatoria und der halluzinatorische Wahnsinn sind Typen der akuten Haftpsychose wie ich sie oben auch geschildert habe. Auch Rüdin wurde erst in seiner Tätigkeit als Strafanstaltsarzt bei einem Material, das durch die Häufigkeit der degenerativen Psychosen sich auszeichnete, auf sie aufmerksam und entwarf uns das Bild eines Typus, wie er unter unseren Fällen auch vertreten ist. Und wenn ich zu ähnlichen Anschauungen gekommen bin wie Siefert und Bonhoeffer an ihrem Strafanstaltsmaterial, so liegt das in erster Linie an der Verarbeitung eines großen Untersuchungsgefangenen-Materials.

Die Hauptarbeit werden jetzt die Strafanstaltsärzte zu leisten haben, welche die Entstehung und Entwickelung der Psychosen am besten verfolgen können. Vorläufig stehen wir noch in den ersten Anfängen, wie schon der Umstand zeigt, daß bei offenbar gleichartigem Material Siefert 31 %, Bonhoeffer 41 % Dementia praecox, Siefert 61 %, Bonhoeffer höchstens 35 % Haftpsychosen diagnostiziert. Vielleicht kann eine weitere Verfolgung der alten Kirnschen Fälle noch zur Klärung der Frage beitragen.



HEYNEMANN'SCHE BUCHDRUCKEREI (GEBR. WOLFF), HALLE A. S.

Aus der n.-ö. Landesirrenanstalt Gugging
(Direktor Dr. Schlöß).

Zur Klinik der
Dementia praecox.

Von

Ordinarius Dr. **Wieg-Wickenthal,**
Chefarzt der Frauenabteilung.



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1908.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die
Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr.
Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena
Professor Dr. Bruns in Hannover, Professor Dr. Cramer in Göttingen
Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Goldscheider in Berlin, Professor
und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Geh. Med.-Rat Dr.
Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M.
Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in
Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in
Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in
Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze
in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr.
von Strümpell in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magde-
burg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart
Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Berlin,

herausgegeben von

Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band VIII, Heft 2/4.

I. Teil.

Symptomatologie und Kasuistik.

Die Dementia praecox gehört heute noch ohne Zweifel zu den umstrittensten Fragen klinisch-psychiatrischer Forschung, und soviel auch über dieses Thema in den letzten Jahren seitens der Fachkollegen diskutiert und veröffentlicht wurde: der einzelne hat noch immer die Empfindung, daß das Gebiet nicht geklärt ist, daß der eine Psychiater fast alle akuten Psychosen in den Rahmen der Verblödungsprozesse einreihen will, ein anderer die Existenz der Dementia praecox als klinischen Krankheitstypus im Sinne Kraepelins ganz leugnet und beharrlich auf dem heute wohl veralteten Standpunkt der Meynertschen Gruppierung und Klassifikation der Psychosen steht. Nicht selten hört man wieder von anderen Fachkollegen die Ansicht mehr oder weniger verblümt vertreten, die ganze Frage sei mehr ein Streit um Worte ohne wesentliche Bedeutung für den Fortschritt in der psychiatrischen Wissenschaft; ob man von einem sekundären Blödsinne, einer Amentia, die in einen psychischen Schwächezustand übergegangen ist, spreche, oder dasselbe Krankheitsbild als den Endausgang einer Dementia praecox auffasse, sei ja im Grunde gleichgültig, für ein tieferes Eindringen in die psychiatrischen Krankheitsbilder ergebnislos. Diesem letzteren Gedankengange glaube ich nun entschieden widersprechen zu müssen. Die scheinbare Stichhaltigkeit derartiger Argumente hält nur stand, wenn wir den Endausgang einer Psychose, den resultierenden Schwachsinn oder Blödsinn im Auge haben, verliert aber sofort ihren Wert, wenn wir von dem Standpunkte ausgehen, Beginn, Erscheinungsformen und Verlauf der Psychosen klinisch verwerten zu wollen zur Aufstellung in sich geschlossener, meist nach kürzerer oder

längerer Zeit zu einem bestimmten Endausgang führender psychischer Krankheitsbilder.

Wenn wir uns an die klinischen Forschungsergebnisse Kraepelins halten, werden wir allerdings bisweilen in die Lage kommen, eine akute Psychose, die wir nach Beginn und Verlauf unter die Dementia praecox einreihen müssen, ohne Zurückbleiben wesentlicher psychischer Schwäche abheilen zu sehen, wir werden aber auch in einem solchen Falle in unserer Prognosenstellung vorsichtig sein, auf zu erwartende neue Schübe psychischer Erkrankung aufmerksam machen und jedenfalls in unserer Voraussage viel weniger Enttäuschungen erleben als derjenige, der jede mit Verwirrtheit einhergehende Psychose als Amentia auffaßt, deren wesentliches Merkmal doch immer ihre prognostische Benignität bleiben muß. Während bei der Dementia praecox eine Heilung ohne Defekt jedenfalls zu den größten Seltenheiten gehört, ist eine solche ja bei der Amentia die Regel. Hiermit bedeutet das Festhalten an der von Kraepelin aufgestellten Dementia praecox schon bei allen mit Verwirrtheitszuständen einhergehenden Psychosen einen unleugbaren Gewinn für uns in praktischer und wissenschaftlicher Beziehung; geradezu unentbehrlich scheint uns aber der Begriff der Dementia praecox in den vielen Fällen akuter und subakuter Psychosen zu sein, die kein amentes Zustandsbild bieten, die Halluzinationen, Wahnideen und sekundäre Verstimmungen zeigen, ohne daß die Patienten verwirrt sind. Man sollte doch endlich mit der Vorstellung in der Psychiatrie aufräumen, von einer Amentia in jenen Fällen sprechen zu wollen, wo die Kranken akut an Halluzinationen und depressiv paranoiden oder hypochondrischen Wahnvorstellungen mit sekundär auftretenden Stimmungsanomalien erkranken, ohne jemals das Symptom der Verwirrtheit zu bieten. Bei solcher Auffassung kann sich natürlich nie die psychiatrische Nomenklatur mit dem Begriffe decken, es wird einfach willkürlich etwas bezeichnet, was überhaupt nicht da ist.

Ueberblickt man mehrere derartige Fälle, die besonders bei Frauen ein großes Kontingent zu den akuten Psychosen stellen, in ihrem Verlaufe und Ausgange, so wird man sich der Ansicht nicht verschließen können, daß die große Mehrzahl

derselben zur Gruppe der Dementia praecox gehört und als solche gleich zu Beginn per analogiam diagnostiziert werden kann, selbst wenn auch noch keine für Dementia praecox charakteristischen Symptome im Krankheitsbilde hervortreten. Man könnte zur allgemeinen klinischen Diagnose: Dementia praecox noch zur spezielleren Charakterisierung des betreffenden Falles die kurze Kennzeichnung des momentanen Zustandsbildes hinzufügen, wie z. B. Dementia praecox, verlaufend unter dem Bilde des akuten depressiven Wahnsinnes. So gegeben, hat die Nomenklatur, die Benennung eines Krankheitszustandes einen Sinn; jeder kann sich beiläufig einen von akutem depressiven Wahnsinn Beherrschten vorstellen, es ist also in der Bezeichnung das Zustandsbild mit einem Schlage für den Leser klar und die wahrscheinliche prognostische Bewertung des Falles dadurch gekennzeichnet, daß derselbe als Verlaufsform einer Dementia praecox hingestellt wird.

Ich halte, wie gesagt, die bahnbrechenden klinischen Forschungen Kraepelins bezüglich der Aufstellung klinischer Krankheitstypen für fruchtbringend für unsere Wissenschaft und erblicke in dem voreingenommenen Ablehnen der Dementia praecox in ihren verschiedenen Verlaufsformen einen großen Fehler, der der psychiatrischen Forschung nur zum Schaden gereichen kann. Daher glaube ich, wäre es im Interesse der Einigung in psychiatrischen Fragen sehr gelegen, wenn jeder Fachkollege, der über ein diesbezüglich größeres Material verfügt, über seine Fälle mit sich zu Rate gehen und dann offen zu der Dementia praecox-Frage Stellung nehmen würde je nach seinen gesammelten Erfahrungen und Ansichten. Dieses Bestreben hat auch mich bewogen, unsere Fälle aus den letzten vier Jahren und die Endausgänge aus früherer Zeit zusammenzustellen, um auf Grund eigener Erfahrung und Arbeit in dieser wichtigen Frage ein Wort mitsprechen zu können. Ich glaube, nur auf diesem Wege, durch gemeinsames, vereintes Arbeiten seitens der Fachkollegen kann in dieses Gebiet mehr Klarheit gebracht werden und sich die richtige Erkenntnis der wissenschaftlichen Wahrheit langsam, aber sicher durchringen.

Von den akuten Psychosen, die in unserer Beobachtung standen, gehörten die meisten in das Gebiet der Dementia

praecox oder des manisch-depressiven Irreseins Kraepelins, zum Teile auch in den Rahmen der hysterischen Geistesstörungen, nur vereinzelt kamen Fälle von Amentia zur psychiatrischen Behandlung. Als Dementia praecox wurden alle jene psychiatrischen Krankheitsbilder aufgefaßt, die trotz verschiedener im folgenden näher zu besprechender Verlaufsformen die wesentlichen Elementarsymptome dieser klinischen Krankheitseinheit, entweder gleich zu Anfang der Erkrankung oder während der weiteren Beobachtungszeit klar zutage treten ließen.

Immer konnten wir in diesen Fällen das wesentliche Grundsymptom der primären Willensstörung im Sinne von Willenssperrung oder Willensdurchkreuzung mit Motilitätssymptomen nachweisen und immer begegneten wir der später zur Ausbildung gelangten charakteristischen Form geistiger Schwächezustände, in denen es zu einer Dissoziation und Inkoordination der Noo- und Thymopsyche (Stransky), einer vollkommenen Apathie und einem Mangel an Initiative bei gut erhaltenem Gedächtnisse und Merkfähigkeit kam. Die Aufmerksamkeit war in allen diesen Fällen schwer gestört, das Symptom der krankhaften Zerstreutheit vorherrschend. Ich möchte das gestörte Seelenleben unserer Kranken vielleicht am besten mit einem komplizierten Räderwerk vergleichen, dessen einzelne Teile wohl im wesentlichen funktionstüchtig und brauchbar sind, das aber entweder gar nicht aufgezogen oder falsch in Bewegung gesetzt wird, so daß aus dem Ganzen ein wirres Durcheinander entsteht. Die Bausteine des Bewußtseinsinhaltes, i. e. Empfindungen, Vorstellungen, Gefühle und Affekte sind wenigstens in der ersten Zeit der Erkrankung de facto vorhanden, nur der Bauplan versagt. Die Bewußtseinstätigkeit vornehmlich ist bei unseren Kranken gestört, weil das leitende Prinzip hierfür, der normal funktionierende Wille fehlt oder eben krankhaft verändert wirkt. Nichts ist begreiflicher, als daß die Handlungen derartiger Kranken den Stempel des Bizarren, ganz Unverständlichen, Abrupten und Impulsiven an sich tragen und daß ihr Gebaren vollkommen verwirrt bei oberflächlicher Betrachtung erscheinen kann, obwohl im Wesen der Krankheit eigentlich keine Spur einer primären Verwirrt-

heit im Sinne einer primären Assoziationsstörung, sondern lediglich nur Willensstörungen mit ihren Folgen zu suchen sind. Ganz anders trat uns das Elementarsymptom der von uns im Sinne von Kraepelin und gleichgesinnter Forscher aufgefaßten Amentia entgegen. Hier bestand immer Verwirrtheit als primäre Assoziationsstörung, der Affekt der Ratlosigkeit war mehr oder minder deutlich ausgesprochen; ein gewisser Grad von Trübung des Bewußtseins, ein unbestimmtes Krankheitsgefühl, das rasch wechselnde Spiel der Affekte, ein mehr oder weniger klar zutage tretendes somatisches Krankheitsbild, die gespannte Aufmerksamkeit und das eigentümliche Suchen und fruchtlose Bestreben dieser Kranken, aus dem Labyrinth ihrer verfälschten Außenwelt einen Ausweg zu finden, verleihen diesen an Amentia leidenden Patienten immer ein ganz charakteristisches Gepräge; dazu kommt noch in den allermeisten Fällen ein bestimmter ätiologischer Faktor, der Anlaß zum Ausbruch der Amentia gab. Einer akuten Verwirrtheit ohne zureichendes ätiologisches Moment (körperliche Erkrankung, Erschöpfung, Intoxikation) stehen wir quoad diagnosim Amentia a priori immer sehr skeptisch gegenüber und konnten uns meist überzeugen, daß wir mit unserer Auffassung recht behielten.

Nun will ich im folgenden versuchen, die wichtigsten klinischen Verlaufsformen der Dementia praecox kurz zu schildern, da ich der Ansicht bin, daß gewisse psychische Zustandsbilder eben fast ausschließlich in den Bereich der Verblödungsprozesse gehören und demgemäß in den meisten Fällen auch prognostisch richtig beurteilt werden können, selbst wenn noch kein für die Dementia praecox ausschlaggebendes Symptom vorhanden ist. Aus den Diagnosenstellungen, die uns von Kliniken und anderen psychiatrischen Krankenanstalten bei gelegentlichem Transport von Kranken zukamen, glaube ich erkennen zu können, daß sich bereits einige der Verlaufsformen der Dementia praecox bei den Fachkollegen ziemlich eingebürgert haben, während wieder andere noch zu erwähnende psychische Krankheitsbilder, die früher oder später sich doch immer als Dementia praecox-Fälle entpuppen, derzeit meist noch unter den verschiedensten Diagnosen (Hysterie, Zwangsirresein, Angstpsychosen etc.) uns zugeführt werden. Die mehr oder weniger

auch von anderen anerkannten, bereits zur Geltung gelangten, also gewissermaßen typischen Verlaufsformen der Dementia praecox mögen nun in den nächsten Zeilen vorerst kurz erwähnt werden. Fälle von Dementia simplex werden kaum je verkannt und ist deren Diagnosenstellung im allgemeinen leicht und einwandfrei. Es handelt sich hierbei, wie bekannt, um jene Gruppe von Kranken, die nach normaler geistiger Entwicklung bis in ihr Pubertätsalter den geistigen Anforderungen, die an sie in der Mittelschule gestellt wurden, vollauf, ja oft zum höchsten Lobe ihrer Lehrer entsprachen, von einem bestimmten Zeitpunkte an aber allmählich immer mehr und mehr psychisch versagten, trotz Strafen und Lehrpredigten der Eltern zu geistiger Arbeit untauglich wurden und so die schönen Hoffnungen, die man einst auf sie gesetzt, durch ihre Erkrankung zu nichte machten. Da bei dieser Erkrankungsform keinerlei akutere psychische Störungen im Sinne von Wahnideen, Halluzinationen oder Verwirrtheit auftreten, sondern nur allmählich in Erscheinung tretende psychische Ausfallssymptome und Insuffizienzerscheinungen das Krankheitsbild beherrschen, ist es leicht erklärlich, daß diese Fälle meist von der nächsten Umgebung als psychische Erkrankungen nicht erkannt werden, sondern das ganz unerklärliche psychische Versagen vom Laien auf mangelnden Fleiß und Unaufmerksamkeit, auf Unart und Unfolgsamkeit geschoben wird, während allerdings die Funktionen der Ausdauer, der Aufmerksamkeit und Kombinationsfähigkeit gelitten haben, aber nur infolge der krankhaft geschwächten und veränderten Willenstätigkeit.

Die anfangs bei derartigen Fällen auftretenden psychischen Störungen sind oft ganz ähnliche wie im Beginne einer progressiven Paralyse; die Initiative, die Willenstätigkeit und die hochwertigsten Assoziationskomplexe werden zuerst durch den Krankheitsprozeß geschädigt und führen klinisch zu einer durchgreifenden Charakterveränderung; die ganze psychische Persönlichkeit wird eine andere. Die moralisch-ethischen Begriffe, Vorstellungen und Gefühle schwinden, eine Apathie und Gleichgültigkeit bemächtigt sich des Kranken, die ihn alles, seine Familie, seinen Beruf vergessen läßt, ohne daß hierbei eine wesentliche Gedächtnisstörung ausschlaggebend wäre. Oft

treten nun im weiteren Verlaufe neben den psychischen Insuffizienzerscheinungen, oder vielmehr infolge dieser, Charakterzüge bei den Kranken auf, die ihn sozial immer unmöglicher machen und ihn so von Stufe zu Stufe sinken lassen. Früh oder spät kommt ein derartiger Kranker in Konflikt mit der Gesellschaft, dem Gesetze, indem er Betrügereien und Hochstapeleien begeht, mit einem Worte, in die Laufbahn des pathologischen Lügners und Schwindlers gerät und so entweder endlich ins Strafhaus oder, wenn sein Krankheitszustand richtig erkannt wird, ins Irrenhaus kommt. Ein glänzendes Beispiel eines derartigen Kranken haben wir bei einem Patienten unserer Anstalt vor uns, bei dem man dieses Herabsinken von Stufe zu Stufe genau verfolgen kann.

Nach vorzüglich absolvierten Gymnasialstudien und zweijährigen juridischen Hochschulstudien setzt die Krankheit ein; der Kranke kommt nicht mehr nach, er ist den Anforderungen, die an ihn gestellt werden, nicht mehr gewachsen; so wird er Privatlehrer, Hofmeister, dann Diurnist, Praktikant und zuletzt ist er überhaupt nicht mehr imstande, den noch so bescheidenen Ansprüchen irgendeiner Stellung gerecht zu werden. Häufig ergeben sich derartige Kranke infolge ihrer Willensschwäche dann dem Alkoholgenusse, woraus weitere sekundäre psychische Störungen: neurasthenische Beschwerden, Angst-, Erregungs- und Verstimmungszustände resultieren und hiermit das primäre Krankheitsbild komplizieren, eventuell temporär verdecken. Forensisch sind diese Fälle von Dementia simplex von eminenter Bedeutung und es ist wie bekannt eine ebenso schwere wie vom Standpunkte des allgemein menschlichen Mitgefühles und der wissenschaftlichen Ueberzeugung aus nicht zu umgehende Aufgabe des Gerichtsarztes, in foro vor psychiatrischen Laien einen derartigen Angeklagten als Kranken hinzustellen und den ärztlichen Standpunkt mit entsprechendem Nachdrucke zu vertreten. Natürlich wird die Sache dadurch nicht besser, daß vereinzelt sich immer wieder Psychiater finden, die meist in Verkennung ihrer eigentlichen Aufgabe derartig evident psychopathische Naturen als Simulanten oder Schwindler erklären und so die Vertreter des juridischen Standpunktes, die über die komplizierteste Naturerscheinung, das menschliche

Seelenleben, ohne psychologisch-naturwissenschaftliche Vorbildung und Erfahrung von einseitigen Gesichtspunkten aus urteilen und judizieren wollen, in ihrer Auffassung nur unterstützen. Differentialdiagnostisch kommen bei den Fällen von Dementia simplex beginnende progressive Paralyse und das degenerative Irresein in seinen verschiedenen Verlaufsformen (psychopathisch Minderwertige, moral insanity) in Betracht.

Als eine weitere Verlaufsform der Dementia praecox, die sich auch so ziemlich bereits allgemeiner Anerkennung unter den Psychiatern erfreut, wäre die einfache Hebephrenie zu erwähnen, Krankheitsbilder, die im Beginne schon das eigentümlich läppische, pseudomanische Gebaren des im übrigen ganz klaren hebephrenen Kranken erkennen lassen. Derartige Fälle werden ebenfalls häufig von Laien verkannt; das unsinnige, zerstörungssüchtige Treiben, das zwecklose Nörgeln, Sekieren und Quälen anderer, dem derartige Kranke mit einer gewissen Freude und scheinbar absichtlicher Bosheit obliegen, wird als das Resultat falscher Erziehung oder als schlechte Charakteranlage kritisiert und beurteilt. Jeder in praktischer Irrenpflege bewanderte Psychiater wird wissen, wie schwer es ist, selbst intelligenten Pflegepersonen in solchen Fällen von reiner Hebephrenie die Meinung beizubringen, daß wir es hier mit einem psychischen Krankheitsfalle zu tun haben. Derartige Kranke sind auch tatsächlich wahre Quälgeister für das Pflegepersonal auf den Abteilungen, kehren alles von unterst zu oberst, treiben allerlei Schabernack und Allotria, tun alles zu Fleiß und treiben ihre Umgebung oft zur Verzweiflung.

Das Zustandsbild dieser Hebephrenien hat in manchen Stadien viel Ähnlichkeit mit gewissen Formen periodischer Manien, bis oft plötzlich ein katatonischer Stupor oder Erregungszustand, ein starr hervortretender Negativismus zutage tritt und das eigentliche Wesen der Psychose erkennen läßt. Eine weitere typische, aber derzeit leider noch nicht allgemein anerkannte Verlaufsform der Dementia praecox wird durch akute oder subakute Psychosen dargestellt, die mit depressiv-paranoid-hypochondrischen Wahnideen, Halluzinationen und sekundären Stimmungsanomalien meist depressiver Natur einhergehen. Im späteren Verlaufe dieser Krankheits-

bilder kommen immer mehr oder weniger die Elementarsymptome der Dementia praecox zum Ausdrucke. Die meisten der hierher gehörigen Fälle sind von Kraepelin selbst unter der hebephrenischen und katatonischen Form der Dementia praecox klinisch zusammengefaßt. Ich möchte aber den Ausdruck Katatonie nur für jene weiter unten zu beschreibenden Formen von Dementia praecox anwenden, die gleich im Beginne der Psychose oder nach einem ganz kurzen, von Wahnideen und Stimmungsanomalien beherrschten Vorstadium die charakteristischen Motilitätssymptome in Form des katatonen Stupors oder des katatonischen Erregungszustandes zeigen; denn katatonische Episoden erleben wir ja im Verlaufe der verschiedensten Formen der Dementia praecox. Die letzteren zeigen eben wie alle Erscheinungen des organischen Lebens fließende Übergänge und wir können bei einer Hebephrenie im Sinne Kraepelins ebensogut das Auftreten eines katatonischen Stupors beobachten, wie wir andererseits oft bei rein paranoiden Fällen, in deren Verlaufe jahrelang nur Wahnideen produziert wurden, durch plötzlich zutage tretende katatone Symptome überrascht werden können. Daher möchte ich die Bezeichnung Katatonie im speziellen nur für diejenigen Fälle von Dementia praecox in Anwendung bringen, in denen Wahnideen, wenn überhaupt vorhanden, doch eine ganz untergeordnete passagere Rolle spielen und das psychische Krankheitsbild eigentlich nur durch Motilitätssymptome, hauptsächlich Stupor und Erregung, sowie durch primäre Willensstörungen (verkehrtes, bizarres, impulsives Handeln) beherrscht wird. Ebenso gebrauche ich den bereits flüchtig erwähnten Ausdruck Hebephrenie nur in einem ganz bestimmten eindeutigen, später näher zu erläuternden Sinne. Beginn und Verlauf der erwähnten depressiv-paranoiden Fälle der Dementia praecox wäre kurz zusammengefaßt der, daß nach einem kürzer oder länger dauernden Stadium, in dem die Kranken paranoide, hypochondrische, eventuell nihilistische Wahnideen mit Angstzuständen und sonstigen Stimmungsanomalien zeigen, Spannungszustände, Negativismus, Manieren, gemütliche Verblödung, Dissoziation der „Thymo- und Noopsyche" auftreten und hiermit die wahre Natur der Psyche erkennen lassen. Ich fasse diese letzteren Fälle von Dementia

praecox unter der allgemeinen, nichts präjudizierenden Bezeichnung: „depressiv-paranoide Verlaufsform“ der Dementia praecox zusammen und verstehe darunter eine häufig zur Beobachtung kommende Verlaufsweise der Kraepelin'schen Psychose, auf deren genauere Beschreibung und Einteilung in einzelne Untergruppen ich weiter unten zu sprechen kommen werde.

Endlich wäre unter den gewöhnlichen Verlaufsformen der Dementia praecox noch die Katatonie in oben angedeutetem Sinne zu erwähnen, eine meist schon im Beginne der Erkrankung mit ausgesprochenen katatonen Erscheinungen einhergehende Psychose, wobei aber der katatone Symptomenkomplex auch im weiteren Verlaufe derselben immer im Vordergrunde der Erscheinungen bleibt.

Mit diesen kurz skizzierten vier Verlaufsformen, Dementia simplex, Hebephrenie, Katatonie, depressiv-paranoide Form, ist so ziemlich das ganze Register der typischen und auch meist diagnostizierten Fälle von Dementia praecox erschöpft. Bezüglich der zuletzt genannten Katatonie möchte ich noch hinzufügen, daß derartige ausgesprochene Motilitätspsychosen mit primären Willensstörungen unter den verschiedenen klinischen Krankheitsbildern der Dementia praecox vielleicht die günstigste Prognose haben. Ich weiß mich speziell an einige Fälle zu erinnern, wo Psychosen mit den schwersten katatonen Störungen, aber meist gar keinen oder nur vorübergehenden Wahnideen, zu einer relativen, praktisch genommen vielleicht vollkommenen Ausheilung kamen, so daß der betreffende Kranke seinem sozialen Berufe für Jahre wieder zurückgegeben war. Allerdings muß man in diesen Fällen, wie überhaupt bei der Dementia praecox, Rezidive geistiger Erkrankung befürchten, um so mehr, als ja häufig die Kraepelin'sche Psychose eine intermittierende, in Schüben verlaufende Geistesstörung darstellt. Noch auf eine zweite Besonderheit derartiger Katatoniefälle möchte ich gleich hier hinweisen, das ist der oft ganz perakute Beginn der Psychose. Wiederholt hört man aus den anamnestischen Angaben solcher Kranken, daß dieselben anscheinend mitten aus psychischer Gesundheit heraus von einem Stupor befallen wurden, oder plötzlich unerwartet irgendeine verschrobene,

ganz unerklärliche Handlung begingen, die eben den Beginn der Psychose dokumentieren.

Ich möchte nun im folgenden vorerst einige Beispiele für reine Fälle von Hebephrenien und Katatonien in oben erwähntem Sinne zur Illustrierung des Gesagten anführen.

Hebephrenien und Katatonien.

Fall 1. Cl. F., 24 Jahre alt, katholisch, ledig; ist hereditär belastet (Vater: Potator). Fraisen als neunmonatiges Kind; besuchte mit sehr geringem Erfolge die Volksschule, erlernte dann die Kürschnerei, war aber immer ein schlechter Arbeiter. Er hatte nie rechte Lust zur Arbeit, arbeitete überhaupt eigentlich nur zwei bis drei Monate im Jahre und war die übrige Zeit des Jahres einmal da, einmal dort im Taglohn oder fiel seiner Mutter zur Last. Wegen seiner Begriffsstutzigkeit und Vergeßlichkeit wurde Patient oft als Lehrling von seinen Meistern entlassen.

Anfangs Oktober 1904 wurde der Kranke wegen Kopfschmerzen und Erregungszuständen auf eine psychiatrische Abteilung aufgenommen, aber schon nach einigen Tagen wieder entlassen, wurde aber wieder rückfällig und kam nun neuerlich auf die psychiatrische Klinik. Am 6. Dezember 1904 wurde der Kranke in die n.-ö. L.-I. Wien transferiert. Bei der Aufnahme in die Anstalt sitzt Patient mit lächelndem Gesichtsausdruck vor dem Arzte, sichtlich amüsiert von dem Examen; er lacht bei allen seinen Antworten: „Er käme von Graz, wo er in der Anstalt gewesen sei, manchmal habe er ‚Anfälle', manchmal keine". Aufgefordert, zu zeigen, wie ein solcher Anfall etwa aussähe, legt sich Patient stracks auf den Fußboden, schlägt mit dem Kopfe gegen den Boden, steht dann lachend auf und erklärt: „Das sei ein Anfall gewesen". Im Verlaufe des Examens erfolgen schwachsinnige Antworten, immer begleitet von läppischem Lachen. In seinem Benehmen ist Patient ganz unberechenbar verschroben: er nimmt anderen unvermittelt und grundlos Speisen weg, gibt sie dann stumpfsinnig lächelnd zurück; er zerreißt lachend seine Kleider, zerschlägt mutwillig Teller, gerät mit den übrigen Patienten leicht in Streit; sonst ist er vollkommen interesselos, lebt so in den Tag hinein. Anhaltspunkte für Wahnideen oder Halluzinationen fehlen vollkommen. Am 1. Februar 1905 wird Patient gegen Revers entlassen und seiner Mutter übergeben; aber schon nach einigen Tagen wird er in seinem Verhalten und Benehmen unausstehlich. Er zeigt sich sehr anspruchsvoll, verlangt Zigarren, Zigaretten, Tabak, Wein und Bier zu jeder Tageszeit; bleibt tagsüber ohne Beschäftigungstrieb im Bette liegen,

Zigaretten rauchend und Bücher lesend; gegen seine Umgebung ist er reizbar, nachts meist schlaflos, lacht oft blöde ohne Grund vor sich hin. Wegen jeder Kleinigkeit wird der Kranke sehr erregt, gerät so z. B. wegen eines Glas Wassers, das vor ihm steht, in höchsten Zorn, demoliert grundlos seiner Mutter die Einrichtungsgegenstände, zerschlägt Bilder und Spiegel. Wegen seines ungeordneten, mutwilligen Benehmens muß der Kranke schon nach kürzester Zeit (26. Febr. 1905) abermals der Irrenanstaltspflege übergeben werden. Auch während dieser Beobachtungszeit zeigt Patient dasselbe ungeordnete, ganz unberechenbare Verhalten, zerreißt wieder lachend seine Kleider, kommandiert und schreit herum, ist streit- und rauflustig, quält seine Mitpatienten, erklärt sich halb im Scherz für den Kronprinz Rudolf (passagere Wahnideen?). Der hebephrene Erregungszustand dauert so ziemlich unverändert bis Dezember 1905 an. Seit dieser Zeit ist Patient wohl geordneter, geht auch zeitweilig auf Arbeit, seine Interessensphäre ist aber hochgradigst eingeengt, er ist apathisch, geistig deutlich abgeschwächt.

Wahnideen oder Halluzinationen spielten in dem ganzen Krankheitsbilde nie eine Rolle, dagegen zeigt sich in diesem wie im folgenden Falle schön das charakteristische nörgelnde, querulierende, submanisch gefärbte, hebephrenische Benehmen.

Fall 2. B. K., 22 Jahre alt, katholisch, ledig; ist von Jugend auf ungewöhnlich widerspenstig, ungesellig und denkfaul, dagegen nach Angabe der Eltern nicht schwachsinnig. Zur Pubertätszeit Einsetzen der Psychose mit Charakterveränderungen, Stimmungswechsel und vereinzelten Wahnideen. Der Kranke war bald heiter ausgelassen, bald unmotiviert traurig, behauptete, sein Kopf sei aus Glas, hatte Angst vor dem Teufel, grimassierte und verbigerierte. Dazu kamen Erregungszustände, ja förmliche Wutanfälle, in denen Patient die Möbel zertrümmerte, seine Mutter würgte etc. Bei der Aufnahme in die Kierlinger Anstalt am 22. August 1902 ist der Kranke heiter läppisch, lacht viel, gibt Antworten, als ob er Witze machen wollte. Er ist zeitlich, örtlich und persönlich gut orientiert, rechnet fehlerlos und zeigt vorzügliche Kenntnisse aus der Geographie, manchmal sagt er gerade heraus, was ihm einfällt. Sich selbst überlassen, lächelt er einfältig vor sich hin und zeigt während der folgenden Wochen und Monate bis Dezember 1902 ein charakteristisch hebephrenes Gebaren; er ist fast immer guter Dinge, heiter, macht allerlei Unsinn, grimassiert und lacht; er legt sich plötzlich ganz unvermutet am Boden, gräbt in der Erde herum, beschmiert sich und seine Kleider. Zeitweise erregt, schimpft und spuckt er dann auf seine Umgebung. Nachts ist der Kranke oft störend, schlaflos.

Tagsüber liegt er beschäftigungslos auf den Bänken herum, treibt Schabernack, kratzt, zwickt und beißt sich grundlos wund, reizt sich zum Erbrechen, bohrt in der Nase herum, steckt sich die Hand in den Mund bis er blau wird; stundenlang hält er dann wieder die Augen geschlossen und grimassiert. Beim Examen oft klassische Paralogie und Wortsalat, sonst stumpfes Herumlungern, wechselnd mit läppischer Erregung. Der Kranke verweigert ganz unmotiviert die Nahrungsaufnahme, nimmt aber anderen das Essen weg, das er dann mit Wohlbehagen verzehrt; er steht oft halbe Tage lang an eine Mauer gelehnt, macht allerlei verschrobene Sachen: zieht sich den Rock über den Kopf, spricht oft halblaut vor sich hin, zeigt zeitweise abnorme Stellungen im Bette. Einmal wurde ein schwerer Ohnmachtsanfall beobachtet. Ungefähr das gleiche Verhalten zeigt Patient auch in den folgenden Jahren 1903 bis 1906 bis in die allerletzte Zeit. Er treibt allerlei Unsinn, stellt sich auf den Kopf, will nicht im Bette bleiben, springt plötzlich auf jemanden los oder haut ein Fenster ein, versucht Urin zu trinken, ist mutwillig zerstörungssüchtig, wirft lachend den Leibstuhl um, rauft und stößt mit den Füßen um sich, wenn es ihm gerade einfällt; springt oft nachts aus voller Ruhe plötzlich auf und schreit durchdringend.

In den letzten Monaten zeigt sich der Kranke psychisch immer ganz zerfahren, ist intellektuell und gemütlich schwer geschädigt, stumpfsinnig und untätig, spricht und verkehrt mit niemandem; zeitweise Erregungszustände, keine Wahnideen oder Halluzinationen.

Ein weiterer Fall von reiner Hebephrenie ohne Wahnideen und Halluzinationen steht ebenfalls auf unserer Abteilung noch in Beobachtung und soll nun zum Schlusse zur Illustration des über die Hebephrenie Gesagten hier kurz skizziert werden.

Fall 3. H. F., 17 Jahre alt, katholisch, ledig; Vater der Patientin: Trinker. Geburt in Gesichtslage; normale Entwicklung; in der Schule sittsam und ruhig. Im 7. und 12. Lebensjahre Auftreten von Krampfzuständen von nur kurzer Dauer, nach Angabe des Arztes von einem Hydrokephalus herrührend. Vor einem Jahre Eintritt der Menses. Im Dezember 1904 Sturz auf den Kopf am Eis; seit dieser Zeit soll Patientin psychisch verändert sein. Unmittelbar nach dem Sturze keine Bewußtlosigkeit, dagegen eine mehrere Tage lang dauernde tiefe Verstimmung. Aufnahme in die Irrenanstalt am 9. Juli 1905. In den letzten Wochen vorher war Patientin ganz ungeordnet in ihrem Benehmen, lief oft grundlos vom Hause fort, attackierte ihre Familien-

angehörigen und fremde Kinder auf der Straße, drohte Brand zu legen, sang und schimpfte grundlos, lärmte oft auch nachts.

Ueber das Verhalten beim Aufnahmsexamen in der Kierlinger Anstalt finde ich folgende diesbezügliche Notizen im Krankenjournale:

„Patientin ist mutazistisch, lacht nur läppisch vor sich hin; wetzt fortwährend am Sessel herum, greift nach allem Erreichbaren, um es dann wieder kindisch lachend wegzuwerfen, lutscht an ihren Fingern, grimassiert, macht drehende und windende Bewegungen mit ihrem Körper, streift sich die Haare über das Gesicht. Sie zeigt im mimischen Ausdrucke Verständnis für gestellte Fragen, nimmt über Antrieb Papier und Bleistift und schreibt richtig ihren Namen auf; beschreibt dann aber das Papier nach allen Richtungen mit ihrem Namen, läßt zuletzt Buchstaben aus und produziert schließlich ein ganz unleserliches Gekritzel. Bei passiven Bewegungen leistet sie zuerst Widerstand, läßt aber dann willenlos jede Bewegung mit sich ausführen. Somatisch besteht ein leicht hydrokephales rhachitisches Kranium. Während der folgenden Tage und Wochen der Beobachtungszeit benimmt sich Patientin so recht wie ein ungezogenes Kind. Sie beschimpft gemein die Pflegerinnen, schlägt gleich zu, stößt Kranke mit den Füßen, wühlt im Bette herum, ist zeitweise sehr unruhig, störend; kann meist nur im Dauerbade oder in der Zelle gehalten werden. Anscheinend um andere zu erschrecken, läßt sich Patientin oft lachend aus dem Bette fallen, quält die Personen ihrer Umgebung, ist ausgesucht boshaft, verunreinigt sich absichtlich und ruft dann lachend die Pflegerinnen und fordert sie zur Reinigung auf; auf anderen Kranken tritt sie rücksichtslos mit ihren Füßen herum, schmiert mit Kot und Menstrualblut, uriniert absichtlich in andere Betten, wirft Gegenstände zum Fenster hinaus oder in den Leibstuhl. Dem Pflegerpersonal macht sie alles zu Fleiß: sie trennt Decken ab, zerreißt Wäsche, macht sich Streifen aus Leintüchern zurecht und will sich damit erdrosseln; sie droht, sich aufzuhängen, taucht im Dauerbad unter, um sich zu ertränken, rauft, wo sie kann, lärmt auch nachts. Im Garten wirft Patientin lachend mit Steinen, zieht sich nackt aus. Im Krankenzimmer kriecht sie am Boden herum, sagt den Pflegerinnen lachend: „wenn sie ihnen zuwider sei, sollen sie ihr den Schädel einschlagen". Anderen Patienten greift sie ins Essen, reißt sie bei den Haaren, legt sich dann zu Boden und strampft wie ein boshaftes Kind mit Händen und Füßen herum. Abends droht sie oft, Gegenstände auf die brennende Lampe zu werfen, singt und quietscht nachts ohrenbetäubend und hat mit einem Wort eine wahre Freude, wenn sie alle auf jede mögliche Art und Weise aufregt und ärgert. Das geschilderte hebephrenische Gebaren hält derzeit unverändert an.

Nun einige Fälle von reiner Katatonie:

Fall 4. F. St., 27 Jahre, katholisch, ledig; keine hereditäre Belastung. Im 15. Lebensjahre erlitt Patient einen Sturz von einem Wagen herab und soll hernach bewußtlos gewesen sein (Commotio cerebri!). Seit zwei Jahren lungenleidend, Hämoptoe. Seit längerer Zeit arbeitete St. nicht mehr, verbrachte den Sommer 1904 und 1905 auf dem Lande. Im Sommer 1905 kam St. den Leuten nicht mehr ganz richtig vor, er redete oft einen Unsinn und wurde im Herbste 1905 immer auffälliger in seinem Benehmen: er plauderte oft stundenlang ohne aufzuhören, lag tagelang untätig im Bette, trank nur Milch und Tee und wollte Hungerkünstler werden, dabei klagte er oft über Kopfweh. Am 27. Dezember 1905 ging Patient früh vom Hause fort und kam nicht mehr zurück. Den nächsten Tag erfuhren die Angehörigen von dessen Internierung. In den letzten Wochen vorher war Patient, abgesehen von seinen Verschrobenheiten, auch durch sein erregtes unwilliges Wesen auffällig; der Schlaf war unruhig, unterbrochen.

St. wurde am 28. Dezember 1905 wegen auffälligen Benehmens auf der Straße auf das Polizeikommissariat gebracht. In dem polizeiärztlichen Parere heißt es: St. spreche „irre", mache mit den Händen Bewegungen ohne Sinn und Ursache; er suche eine Hausnummer, wo oben und unten „6" steht. Bei der Ankunft am B. Z. ist Patient unruhig, will nicht ins Bett; dabei ist der Kranke klar und orientiert. Er erzählt ganz ungereimtes Zeug: er habe auf das Firmament geschaut, weil dort verschiedenes zu sehen war: einmal blau, dann wieder Spuren von Schlachten. Der Kranke bringt so Dinge ohne jeden Zusammenhang vor, ist daher in seinen Aeußerungen teilweise ganz unverständlich. Somatisch: belegte Zunge, Azetongeruch; keine Lähmungserscheinungen. Bei der Aufnahme in die Kierlinger Anstalt im Januar 1906 ist Patient ruhig, geordnet, aber ganz gleichgültig, apathisch. Er kümmert sich nicht um seine Umgebung, spricht mit niemandem, antwortet jedoch auf Fragen prompt und willig. Ueber den Stat. psych. und die fortlaufende Beobachtung des Kranken entnehme ich der Krankengeschichte folgende Notizen: Patient ist bei der Exploration negativistisch widerstrebend, verspreizt sich hinter den Betten, als er ins Untersuchungszimmer gebracht werden soll, wendet das Gesicht ab, wenn man ihn anspricht, preßt die Lippen zusammen, statt zu antworten. Nachmittags beginnt der Kranke plötzlich ganz unvermutet zu schreien und zu singen, singt dann stundenlang ohne Unterbrechung populäre Melodien ohne Text oder mit selbstverfaßten sinnlosen Versen. Bei der Anrede durch den Arzt verfällt er wieder in Mutismus, macht zwecklose, rhythmische Bewegungen mit den Händen,

schneuzt sich wiederholt in die Hand und schmiert damit im Gesicht herum. Manchen Tag ist der Kranke etwas zugänglicher, verweigert jedoch oft ganz grundlos jede Antwort oder gibt gesucht verkehrte, unsinnige Antworten, macht alberne Witze, frozzelt den Untersucher, lacht ohne Ursache, schneidet Gesichter, nimmt gelegentlich der somatischen Untersuchung die verkehrtesten, verschrobensten Stellungen an. Stereotypes Räuspern und Husten. Stereotypien in den Bewegungen. Stimmung meist apathisch. Patient schmiert während der Unterredung mit dem Arzte seinen Speichel im Gesicht herum; häufig Antworten aufs Geradewohl, z. B.:

Anzahl der Geschwister?
„1, 3, 4, 5, 6 oder 7. . . . ."
Jahreszahl?
„1806, 1896, 1906. . . . ."
Geburtstag?
„10., 15., 20. Mai 78."
Wie lange hier?
„14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 Tage."

Patient rechnet gut, ist aber sonst denkfaul, zeigt während der weiteren Beobachtung in der folgenden Zeit ausgesprochene katatonische Erscheinungen; er nimmt die verschrobensten Körperstellungen ein, grimassiert, uriniert und defäziert ganz ungeniert mitten ins Zimmer. Wegen seines dissozialen Benehmens meist im Bette gehalten, verkriecht er sich bei der Visite absichtlich unter die Decke, lungert, wenn er außer Bett ist, untätig herum, kleidet sich ganz verschroben, neigt zu impulsiven Handlungen, hält lange Reden ohne jeden Zuhörer. Seit Monaten unverändert katatonische Demenz. Während der ganzen Dauer der Psychose traten niemals Wahnideen oder Halluzinationen in den Vordergrund, vielmehr war die Geistesstörung durchaus durch das absonderlich verschrobene Benehmen, also durch Willensstörungen, Stereotypien und Motilitätssymptome bei erhaltener Orientierungsfähigkeit und Klarheit des Kranken gekennzeichnet.

Eine weitere schöne Schilderung eines reinen unkomplizierten katatonischen Zustandsbildes bietet uns die Beschreibung des status psychicus eines hier internierten Katatonikers. Ich finde hierüber in der betreffenden Krankengeschichte folgende diesbezügliche Bemerkungen:

„Patient ist anscheinend desorientiert, aber auch gar nicht dazu zu bewegen, über gestellte Fragen nachzudenken; der Kranke verlangt nach Hause, zeigt aber gar keinen Affekt; er verkriecht sich unter das Bett, „um allein zu sein"; nachts springt er plötzlich auf, weil er zum Friseur gehen müsse; dann liegt Patient wieder längere Zeit stuporös dahin, hält die rechte Hand dabei

wie zum Schwure erhoben. Starrer Gesichtsausdruck, seltener Lidschlag, Mangel jeder Reaktion auf Außenreize; Katalepsie; nach einigen Stunden ist oft der schwerste stuporöse Zustand behoben, der Kranke ist dann wieder in seinem motorischen Verhalten frei, verlangt seine Kleider. Isolierung in einer Zelle, weil er hier (im Tagraum) keine Ruhe habe. Unvermittelt zeigt Patient wieder ein pseudomanisches Verhalten: Reimsucht, Wortsalat, Neigung, alles in singendem Tone vorzubringen; passagere, unsinnige Wahnideen ohne Affekt: „er sei mit dem Teufel verbunden, müsse ihm gehorchen; er müsse gekreuzigt werden, ganz Hintersdorf müsse zugrunde gehen, ganz Schlesien versinken". Oft plötzliche Erregung aus dem Stupor heraus; die Regungslosigkeit wird mit einem Schlage unterbrochen: Patient springt auf, schlägt ganz grundlos und ohne Affekt die Uhr von der Wand, haut Fenstertafeln ein, kriecht unter Tische und Bänke. Stereotypien in Rede und im sonstigen motorischen Verhalten. Patient nimmt stundenlang Knieellenbogenlage ein, wälzt sich dann wieder lange Zeit im Bette herum, verlangt ganz gleichgültig ein Messer, um sich in Stücke zu zerschneiden. Stundenlang steht der Kranke regungslos, statuenhaft da, stößt dann plötzlich einige Worte hervor, um nun längere Zeit stumm und regungslos im Bette in den gezwungensten Stellungen zu verharren. Ein andermal steht Patient wieder die längste Zeit auf dem Kopfe oder geht automatisch stumm im Kreise herum. Beim Besuche seiner Angehörigen spricht Patient oft ganz klar und vernünftig. In seinem Verhalten ist er bald stuporös mutazistisch, Nahrung verweigernd, bald sinnlos hinausdrängend und raufend; in seinem Verhalten ganz unberechenbar, oft zugänglich freundlich, dann wieder grundlos abweisend negativistisch. Der Kranke hält ganz zerfahrene Reden auch ohne Zuhörer, küßt den Fußboden, kniet sich vor einem Patienten plötzlich nieder und betet ihn an oder bildet sich ein, allen Patienten die Schuhe zu putzen; oft gewalttätig gegen sich und seine Umgebung. Aus seinem stuporösen regungslosen Verhalten heraus begeht der Kranke, wie erwähnt, die unsinnigsten Handlungen ganz grund- und affektlos (primäre Willensstörungen). So rennt er z. B. urplötzlich auf den Gang hinaus, überfällt einen Pfleger, kniet sich nieder oder beginnt nun gegen sich selbst in rücksichtslosester Weise zu wüten, schreit dann stundenlang verbigerierend: „bringts mich um, bringts mich um . . . . . .". Nachts steht der Kranke auf, geht ganz ruhig in eine offene Zelle und uriniert dem ahnungslos schlafenden Mitpatienten auf den Strohsack; im Garten ißt er Steine, will nackt spazieren gehen, geht mit geschlossenen Augen umher, weil er blind sei. Seit Monaten unveränderte katatonische Demenz. Ueber sein Verhalten in den letzten Wochen berichtet die Kranken-

geschichte folgendermaßen: „Patient ist jetzt gegen früher ruhiger, aber ohne jeden Verkehr, oft negativistisch, motorisch gebunden, regungslos oder in triebartiger Erregung; in seinem Benehmen noch immer unberechenbar.“

Bei beiden eben besprochenen Verlaufsformen der Dementia praecox, der Hebephrenie und Katatonie, sind die primären Willensstörungen, die sich als Verschrobenheiten oder impulsive Querhandlungen klinisch zu erkennen geben, die wesentlichsten Krankheitssymptome der Psychose, die dem momentanen Zustandsbild ein ganz charakteristisches Gepräge verleihen, wodurch beide Krankheitstypen: Hebephrenie und Katatonie, vielfach in ihrem Verlaufe sich sehr ähnlich sein können; für die Katatonie ausschlaggebend ist erst der Nachweis katatonischer Erregungszustände oder katatonischen Stupors, für die Hebephrenie die läppische pseudo-manische Erregung.

Dementia praecox-Fälle,

einsetzend unter hysteriform-neurasthenischen Zustandsbildern.

Im folgenden möchte ich nun einige weitere Verlaufsformen der Dementia praecox schildern, die sich scheinbar noch nicht so wie die bereits erwähnten nahezu das allgemeine Bürgerrecht in der klinisch-psychiatrischen Diagnostik erworben haben, da sie meist noch unter den verschiedensten diagnostischen Flaggen segeln. Jahrmärker bemerkt in seiner klinischen Studie zur Frage der Dementia praecox, „daß die Ausdehnung derselben vor allem auf Kosten hysterischer Zustandsbilder, auf Kosten der Stimmungsanomalien, der Paranoia, der Amentia respektive der Erschöpfungspsychosen vor sich geht . . .“. Dieser Meinung muß ich im wesentlichen vollinhaltlich beipflichten. Verweilen wir nun vorerst bei allen mit hysteriformen Erscheinungen einhergehenden akuten Psychosen und suchen wir zu untersuchen, wie viele von diesen psychischen Zustandsbildern in den Rahmen der Dementia praecox gehören und wie sie sich differential-diagnostisch von den wirklichen hysterischen Psychosen unterscheiden. Die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox gehört in gewissen Fällen vielleicht zu den schwierigsten

Fragen der klinischen Psychiatrie, beansprucht aber von seiten des praktischen Irrenarztes ein um so aktuelleres Interesse, als nach meinem Dafürhalten viele Fälle von Dementia praecox unter hysteriform-neurasthenischen Zustandsbildern wenigstens im Beginne der Erkrankung verlaufen. Bevor ich auf epikritische Bemerkungen über diese Krankheitsbilder eingehe, will ich nun in Kürze einige lehrreiche Fälle nach den Krankenjournalen im Auszuge folgen lassen:

Fall 5. M. P., 61 Jahre alt, verheiratet; soll nach Angabe ihres Gatten schon vor zehn Jahren durch einige Monate in einer Irrenanstalt interniert gewesen und von dort geheilt entlassen worden sein (1893). Die Kranke soll reichlich Tee mit Rum trinken, wiederholt Schädelverletzungen erlitten haben. Angeblich keine hereditäre Belastung. Bereits im Jahre 1891 war Patientin einmal wegen Alcoholismus chronicus in Irrenanstaltspflege. Im Dezember 1892 erfolgte nun die bereits erwähnte zweite Internierung, weil Patientin angeblich plötzlich tobsüchtig geworden sei. Sie demolierte alle Gegenstände, die in der Wohnung waren, entkleidete sich vollkommen, zerschlug die Fenster und wollte sich von ihrem Zimmer aus auf die Gasse stürzen. Vor dem Polizeiarzte, der sie untersuchte, stand sie dann wie starr, hielt die Augen fest geschlossen. Eine Antwort auf die Fragen des Arztes war unmöglich zu erhalten. Vor einigen Monaten (Ostern 1892) soll die Kranke bereits einen ähnlichen Anfall tobsuchtsartiger Erregung gehabt haben, nach dessen Abklingen Patientin tagelang auf den Knien lag und fortwährend betete. Da die psychische Störung rasch vorüberging, blieb Patientin über ausdrücklichem Wunsche ihres Mannes in häuslicher Pflege und verhielt sich nachher bis Dezember 1892 vollkommen ruhig und geordnet.

Während der psychiatrischen Beobachtung in der Wiener Irrenanstalt (Dezember 1892) zeigte die Kranke im wesentlichen ein stuporöses Zustandsbild. Sie verharrte in eigentümlich pathetischen Stellungen mit verzückten, gegen den Himmel gerichteten Blicken, zeigte Flexibilitas cerea. Sie lächelt, schließt beim Examen die Augen, spricht spontan nichts, steht wie eine Statue da. Auch auf Fragen antwortet sie meist nichts, oder wenn, so nur sehr selten und dann einsilbig, leise, lange zögernd; starre, maskenartige Miene, Lidflimmern, keine Lähmungserscheinungen. P. S. R. vorhanden, Tremores linguae et manuum. Ueber Sensibilitätsstörungen finde ich in dem damals aufgenommenen Nervenstatus keine diesbezügliche Bemerkung. An dem Tage nach ihrer Aufnahme wird Patientin nun plötzlich erregt, schreit, zeigt sich sehr ängstlich, setzt allen Maßnahmen energischen Widerstand

entgegen, drängt fort, rauft. Dann wieder stuporöses Verhalten, öfters anscheinend klare Momente. Am 28. Dezember 1892 in die Irrenanstalt Dobran transferiert, liegt Patientin bei der dortigen Aufnahme teilnahmslos und reaktionslos zu Bette, reagiert wieder in keinerlei Weise auf Außendinge. Nach einigen Tagen zeigt sie sich anscheinend klar, kokettiert mit ihrer Umgebung, macht den Aerzten gegenüber verliebte Augen, ist zeitweise ganz zugänglich, antwortet sachlich auf die an sie gestellten Fragen, erinnert sich an Details ihrer Erkrankung, verspricht, sich von nun an korrekt zu benehmen und zu arbeiten. Die folgenden Monate war nun Patientin andauernd ruhig und geordnet, zeigte keine psychischen Defektsymptome, arbeitete immer fleißig und wurde Ende August 1893 geheilt entlassen. Ein freies Intervall von nahezu zehn Jahren folgt dieser ersten Attacke psychischer Erkrankung.

Das im Mai 1903 vom Polizeiarzte aufgenommene Parere besagt nun, daß Patientin plötzlich wieder seit zwei Tagen in sich gekehrt sei, nachts viel betet, Küsse zum Himmel hinaufschickt und behauptet: der Himmel sei für sie offen. Heute (9. Mai 1903) zerschlug Patientin — so heißt es im Parere weiter — alles Geschirr, warf die Wäschestücke durcheinander, entkleidete sich und zeigte im ganzen wieder ein tobsüchtiges Gebaren. Bei der Untersuchung durch den Polizeiarzt ist sie zunächst ruhig, stuporös, stößt dann unartikulierte Laute aus, macht eigentümliche Seitenbewegungen des Kopfes, lacht verzückt, bewegt die Lippen wie zum Kusse, um unmittelbar darauf in durchdringenden Klagelauten zu weinen. Schließlich bleibt sie wieder stumm und regungslos im Bette liegen. Bei der Aufnahme in die Wiener Irrenanstalt (10. Mai 03) ist sie stuporös, mutazistisch, stößt zeitweise unartikulierte Schreie aus. Kornealreflexe nicht auslösbar, Augen geschlossen, Lidflimmern, Flexibilitas cerea. Am selben Tage nachmittags bittet die Patientin den Arzt, er möge sie wegen Bauchschmerzen untersuchen, nennt ihren Namen, weiß sich in der Irrenanstalt. Plötzlich wieder mitten in der Unterredung verstummt sie, bleibt von diesem Augenblick an wieder mutazistisch. Auf Schmerzreize hin zuckt sie zusammen, intendiert aber keine Abwehrbewegungen. Bei Druck auf die nervi supraorbitales und suggestivem Zuspruch öffnet Patientin die Augen, fixiert den Arzt mit starren Blicken, ohne aber zu sprechen. Ovarialgegend druckempfindlich. Abends plötzlich erregt, schreit, scheint zu halluzinieren, sieht den Teufel. Am 11. Mai 03 findet sich im Krankenjournale die Notiz: „Eigentümlicher Schütteltremor des Stammes. Nachts ist Patientin schlaflos, weint und betet.“ Der Mann der Kranken gab damals den Aerzten an, daß das einsetzende Zustandsbild der intermittierend verlaufenden Psychose

immer das gleiche sei, daß sich die diesmalige dritte Attacke der Erkrankung auch mit denselben Erscheinungen einleitete wie die beiden früheren Male. Der Mann konnte von keinen irgendwie gearteten Anfällen, Bewußtseinstrübungen und Amnesien berichten. Seit vielen Jahren soll die Patientin eine Potatorin sein, angeblich aber nur intermittierend dem Trunke fröhnen; es wechseln mehrere Wochen dauernde Intervalle, wo Patientin ganz abstiniert, mit Zeiten, wo sie sinnlos trinkt. Sonstige dipsomane Züge (Verstimmungen, fugue Zustände, Amnesien) hat der Mann bei der Kranken niemals beobachtet. Ob dem Ausbruche der Geistesstörung ein psychisches Trauma vorausging, weiß Deponent nicht sicher anzugeben; das letztemal (dritte Attacke) sei Patientin tagelang vor ihrer Erkrankung in beständiger Aufregung gewesen wegen einer Zeugenaussage, die sie in einer für sie übrigens ganz gleichgültigen Prozeßsache hätte machen sollen. Die diesmalige Psychose setzte nach Angabe des Mannes wie bei den früheren Erkrankungsfällen plötzlich damit ein, daß Patientin, nachdem sie einen Tag vorher auffällig still und in sich gekehrt war, um die Mittagszeit ihres Einbringungstages auf einmal zu beten anfing; sie sah am Himmel einen roten Fleck, Engel und Teufel; dann begann sie Geschirr und Möbelstücke durcheinander zu werfen und ihr Gebaren näherte sich immer mehr dem Bilde der Tobsucht. Im weiteren Verlaufe der Anstaltsbeobachtung zeigte Patientin immer das gleiche stuporöse Bild. Am 19. Mai 03 findet sich folgende Notiz in der Krankengeschichte: „Ziemlich unverändert, zwischendurch Augenblicke auffallender Luzidität; heute auf Verbalsuggestion und faradischen Pinsel vollkommen klar . . . .". Am 20. Mai 03 wird von einem gewiegten Psychiater und Kliniker die Diagnose auf hysterischen Dämmerzustand gestellt.

Mit dieser Diagnose wird Patientin auch den Hörern während einer klinischen Vorlesung vorgestellt. Ueber das Benehmen der Kranken während der klinischen Demonstration finde ich folgende Bemerkungen in dem Krankenjournale:

„21. Mai 03. Stupor, prompte Klärung auf faradische Pinselung; teilweise Erinnerung, Visionen vom Teufel, Gehörshalluzinationen; Katalepsie." 26. Mai 03. Anfangs noch leichte Rückfälle, die sich durch faradische Pinselung leicht beseitigen ließen; seit 24. Mai dauernd klar, arbeitet fleißig. Am 3. Juni erfolgt die Transferierung der Patientin von der Wiener psychiatrischen Klinik in die Irrenanstalt Gugging. Patientin ist bei der Aufnahme ruhig, äußerungslos, stark gehemmt in ihren Bewegungen, fast ohne Spontaneität. Auf Fragen bleibt Patientin zunächst stumm, dann endlich erfolgen einige wenige ganz kurze Antworten mit leiser, fast tonloser Stimme, in langsamer zögernder Weise gegeben.

Symptom der Katalepsie. Kopf und obere Extremitäten behalten jede gegebene Stellung durch mehr als 10 Sekunden bei, dann erfolgt leichtes Zittern, endlich langsames ruckweises Uebergehen in eine selbstgewählte Stellung, die dann unverändert stuporös beibehalten wird. Einfache Auftragsbewegungen werden zum Teil befolgt, aber alles in außerordentlich verlangsamtem Tempo: bei einzelnen Aufträgen zeigt sich nur die entsprechend intendierte Innervation in einem leichten Zucken oder einer kurzen Bewegung, die das Ziel zwar nicht erreicht, doch in der Richtung stets zweckmäßig angelegt erscheint. Kein Negativismus. Auf Nadelstiche erfolgt Schmerzreaktion. Die taktile Berührung wird richtig lokalisiert; starkes Lidzittern; hie und da ekstatisches Geberdenspiel. Patientin beugt sich in etwas verdrehter Weise mit geschlossenen Augen nieder, küßt den Nebenstehenden den Saum des Kleides. Am nächsten Tage ist neben dem stuporösen Verhalten Befehlsautomatie zu konstatieren. Die Kranke öffnet und schließt über Auftrag den Mund und die Augen, zeigt die Zunge, macht mit den Händen die verschiedensten Auftragsbewegungen. Als einzige spontane Aeußerung erfolgt mehrmals ein Lächeln, anscheinend im Zusammenhange mit Vorgängen in der Umgebung. Starke Dermographie. Korneal- und Nasenschleimhautreflexe beiderseits fehlend, Bauchdeckenreflexe beiderseits sehr lebhaft, mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert, Sehnenreflexe auslösbar. Keine Spasmen, keine Druckpunkte, Sensibilität intakt. In den nächsten Tagen der Beobachtungszeit verunreinigt sich Patientin mit Kot und Urin, muß ausgespeist werden, antwortet auf Fragen nur mit einem leisen „Ja“ oder „Nein“, ist sonst ohne jede sprachliche Aeußerung. Am 5. Juni 03 ist unter der linken Mamma ein ausgesprochener Druckpunkt zu konstatieren. Es gelingt jedesmal, Patientin durch energische Wachsuggestion zum Offenhalten der Augen und zum Befolgen von Aufträgen zu bringen. Auf energischen Befehl hin gibt Patientin auch auf Fragen Antwort, aber wieder nur langsam und leise wie beim Sprechen aus der Hypnose. Im Verlauf der Unterredung ist der geschilderte Druckpunkt völlig geschwunden. Patientin kniet wieder eine Zeitlang in dem Bette und betet, küßt den Pflegerinnen und dem Arzte die Hände. Zeitweise spontanes, unbegründetes Lachen, sonst stuporöses, mutazistisches Verhalten, unverändert. Am 8. Juni 03 gelegentlich einer faradischen Pinselung und unter energischer Wachsuggestion lebhafte Abwehrbewegungen, lautes Schreien seitens der Patientin. Sie befolgt nach der Faradisation jede Verhaltungsmaßregel, fällt aber immer wieder bald in ihr früheres stuporöses Gebaren zurück, das unverändert bis zum 20. Juni 03 andauert. Den nächsten Tag erklärt Patientin spontan, daß die Einsamkeit, in der sie leben

müßte, schuld daran sei, daß sie so wenig spreche, doch wisse sie alles, was in ihrer Umgebung vorgehe und gesprochen werde. Nachmittags geht Patientin im Garten spazieren, gibt aber wieder auf Fragen nur spärliche Antworten, die erst nach längerem Nachdenken erfolgen, worauf sie wieder starr vor sich hin sieht. Gegen Ende Juni beginnt Patientin sich etwas zu beschäftigen, freut sich sehr, als ihr erlaubt wird, in der Nähstube zu arbeiten, kniet sich vor dem Arzte nieder und küßt den Fußboden; „das tue sie aus Dankbarkeit". Mitte Juli wird im Krankenjournale angegeben, daß Patientin ganz ruhig und geordnet in der Nähstube arbeite, aber noch außerordentlich langsam in ihrem Gebaren und in ihrer Sprechweise sei. Nach einigen Tagen schon wurde aber die Kranke viel regsamer, frei im Verkehre mit ihrer Umgebung, tüchtig und gesprächig und zeigte, mit einem Worte, ein vollkommen normales geordnetes Verhalten. Am 2. Aug. 03 erfolgt ihre Geheiltentlassung.

Patientin war nun bis Januar 04 zu Hause, angeblich ganz geordnet und ohne psychische Defektsymptome. Anfangs Januar 04 setzt nun ein neuer Schub psychischer Erkrankung ein und die Kranke wird am 7. Januar 04 der Kierlinger Anstalt wieder in vollkommen stuporösem Zustande überbracht. Bei der Aufnahme liegt wieder die Kranke ruhig und regungslos, wie schlafend, im Bette; wieder das bekannte Lidflimmern, die Gesichtszüge verziehen sich oft wie zum Lächeln. Das Symptom der Katalepsie deutlich ausgesprochen, der Puls verlangsamt, aber nicht arhythmisch, die Körperoberfläche etwas kühl; zeitweise macht Patientin schnaubende Atemzüge. Auf laute Schalleindrücke hin beginnt die Kranke zu lächeln, atmet tief seufzend auf, räuspert sich. Auf lautes Anrufen und suggestiven Zuspruch hin schlägt Patientin die Augen auf, fixiert eine Weile den Arzt und bricht dann in ein krampfhaftes Lachen aus. Zu irgendeiner sprachlichen Aeußerung ist sie jedoch nicht zu bewegen. Auftragsbewegungen werden zwar verlangsamt, aber koordiniert und zweckmäßig ausgeführt. Die Schmerzempfindung ist besonders an den unteren Extremitäten gesteigert, durch starke Schmerzreize kann das stuporöse Bild sogar für kurze Zeit unterbrochen werden. Die Kranke setzt sich da im Bette auf, zeigt mit der Hand auf die gereizte Hautstelle, klagt über Schmerzen und zeigt sich besonders gegen den faradischen Pinselstrich überempfindlich; sie fängt schon bei ganz leichten faradischen Strömen laut zu schreien an, windet sich förmlich vor Schmerzen im Bette, verläßt sogar, um weiterem Elektrisieren zu entgehen, spontan das Bett. Ihr Gang ist trippelnd, eigentümlich spastisch, am Boden schleifend, mit steifer, gespannter Körperhaltung und geschlossenen Augen. Das ganze Gebaren der Kranken während der Untersuchung macht einen

theatralischen, posenhaften Eindruck. Da ich selbst die Kranke aufnahm und examinierte, weiß ich mich noch recht gut daran zu erinnern, daß ich nach dem eigentümlichen Gesamtbilde des damaligen Zustandes bei mir selbst, allerdings noch ohne Kenntnis anamnestischer Daten, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf hysterischen Dämmerzustand oder hysterischen Stupor stellte. Der weitere Verlauf der Psychose war nun in den nächsten Wochen ein ziemlich getreues Abbild von dem bereits früher gemachten und oben geschilderten Verhalten. Einen Anfall, der Ende Januar 1904 in der Anstalt bei der Kranken beobachtet wurde, finde ich im Krankenjournale noch als hysterischen aufgefaßt. Hierauf bezieht sich folgende Notiz in der Krankengeschichte: „Patientin hat heute kein Nachtmahl zu sich genommen, fängt abends plötzlich zu brüllen an, dreht und windet sich dabei im Bette, wird ganz blaß im Gesichte; krampfhafter Ruktus; Brechreiz, Würgbewegungen“. — Allmählich traten nun aber immer mehr Symptome in dem Krankheitsbilde auf, die mit einer einfachen hysterischen Geistesstörung nicht mehr gut vereinbar sind. So sprang die Kranke oft mitten aus ihrem Stupor auf, fing unflätig zu schimpfen an, zeigte Zeiten, wo sie ganz klar und orientiert war, litt an Sinnestäuschungen, vereinzelten Wahnideen, hauptsächlich hypochondrischer Natur. Die Kranke klagte über eigentümliche Gefühle und Sensationen, als ob etwas Lebendiges in ihr wäre: „es hebe und bäume sich im Innern auf . . . .“; zu Zeiten kommt sie nahezu ganz aus ihrem Stupor heraus, ist imstande, sich mit Strickarbeiten zu beschäftigen, zeigt aber dabei immer ein eigentümliches maniriertes, gespanntes Wesen, hält oft mitten in der Arbeit inne und bleibt stuporös mit geschlossenen Augen wie eine Statue stehen, läßt sich dann willig ausziehen und ins Bett führen. Ein spontanes Sprechen ist bei der Kranken mit Ausnahme der oben erwähnten koprolalischen sprachlichen Ergüsse und vereinzelt vorgebrachten Klagen überhaupt noch nicht zu beobachten; bei gestellten Fragen bricht sie meist in ein krampfhaftes Lachen aus. Das stuporöse, von geringen, wie oben geschilderten Intermissionen unterbrochene Verhalten der Patientin dauert unverändert einige Monate (bis Ende April 04) an. Seit Anfang Mai ist Patientin außer Bett, klar und geordnet, aber ohne Krankheitseinsicht kindisch und läppisch in ihrem Benehmen. Der Stupor hat sich ziemlich plötzlich gelöst. In den nächsten Wochen (bis Ende Mai) treten nun immer deutlicher Züge geistiger Abschwächung bei der Kranken hervor. Sie lächelt immer, wenn von ihrer Krankheit gesprochen wird, tut oft gerade das Entgegengesetzte von aufgetragenen ärztlichen Anordnungen, kommt bei jeder Visite mit denselben Wünschen und Klagen, ist sehr launenhaft, fängt über alles gleich zu weinen an, ist unmotiviert

verstimmt und verfällt dann plötzlich Ende Mai 04 in ihren früheren stuporösen Zustand. Die Kranke zeigt in ihrem Stupor wieder Katalepsie, erhebt sich bei der Visite im Bette, faltet die Hände, will sich niederknien, weint und schluchzt laut, spricht aber kein Wort. Am 2. Juni 04 wird in der Krankengeschichte notiert: „Patientin ist aufgeregt, führt Selbstgespräche, schimpft und lacht durcheinander, verweigert die Speisen, weil sie Gift darinnen spürt.“ Am 21. Juni 04 heißt es in der Krankengeschichte weiter: „Patientin ist immer wechselnd in ihrem Verhalten; ein, zwei Tage ruhig, geordnet, arbeitsam, dann wieder durch mehrere Tage stuporös, kataleptisch; in diesem Zustande rührt sie sich nicht aus dem Bette, scheint aber zeitlich und örtlich gut orientiert zu sein; in ihrem Wesen ist Patientin auch in den luziden Intervallen kindisch, geistig abgeschwächt.“ Am 4. Juli 04 plötzlich raptusartiger Erregungszustand aus dem Stupor heraus; Patientin wird gewalttätig, schreit und schimpft, wirft das Geschirr zu Boden, läuft im Zimmer herum, will der Pflegerin den Leibstuhl nachwerfen; baldige Beruhigung. Die Kranke liegt dann wieder regungslos im Bette. Ende Juli tritt deutlich sinnloser Negativismus hervor. Patientin läßt sich nicht auf den Leibstuhl führen, rauft und stößt herum, verunreinigt sich lieber, als auf dem vor ihr stehenden Leibstuhl ihre Notdurft zu verrichten. Im August wird in der Krankengeschichte ausdrücklich bemerkt, daß Patientin bereits eine namhafte Demenz zeigt. Herbst und Winter 1904 ziemlich unverändertes Verhalten. Die Kranke liegt stuporös, kataleptisch dahin, muß zeitweise künstlich genährt werden, zeigt explosive Erregungszustände, Negativismus, verschrobene Handlung und Spannungszustände; so legt sie sich oft urplötzlich ohne jeden Grund auf den Boden neben das Bett, verunreinigt sich, lacht oft stundenlang krampfhaft, schreit unmotiviert wie automatisch affektlos aus Leibeskräften, reißt sich bei den Haaren, schlägt sich mit den Fäusten selbst ab. Im Frühjahr und Sommer bis in den Herbst 1905 zeigt sich nun keine wesentliche Aenderung des Krankheitsbildes. Um diese Zeit treten Halluzinationen, vor allem Gehörstäuschungen deutlicher hervor. Die Kranke klagt über Stimmen, die sie beschimpfen, ihr alle möglichen Fragen stellen. Der Stupor ist allmählich geringer geworden. Patientin ist wieder außer Bett, zeigt aber ein gewisses unfreies, gehemmtes Wesen, steht oft stundenlang auf einem Flecke.

Dieses Stadium (Endausgang der Psychose) hält nun über Jahresfrist bis zum heutigen Tage bei der Kranken an. Sie steht gehemmt, meist mutazistisch, stundenlang auf einem Flecke, zeigt Mangel jeder Initiative, spricht und verkehrt spontan mit niemandem, wiederholt nur stereotyp von Zeit zu Zeit mit leiser

Stimme den Wunsch nach Entlassung. Die raptusartigen Erregungszustände sind sehr selten geworden, dagegen kommt es hier und da noch zu einer stärkeren psychischen Erregung infolge gehäufter Gehörstäuschungen, die Patientin oft weinend und um Abhilfe bittend zum Arzte treiben. („Sie werde immer sekiert, beschimpft, es werde ihr befohlen, täglich 100 fl. zu zahlen . . .") Vereinzelte Halluzinationen, die bei der Kranken häufig sind, scheinen bei ihr fast gar keine psychische Reaktion mehr hervorzurufen. Seit Monaten liegt nun Patientin ganz marastisch und kachektisch infolge eines Mammakarzinoms zu Bette, psychisch immer ganz unverändert (die Operation wurde seinerzeit von den Angehörigen der Patientin verweigert).

Kurze Zusammenfassung: weibliche, 61 Jahre alte Patientin; keine Heredität; potatrix; 1891 wegen Alkoholismus irrenanstaltsbedürftig. Zu Ostern 1892 unvermittelt tobsuchtsartiger Erregungszustand mit sinnlosem Zerstörungs- und Selbstbeschädigungstrieb; postparoxysmaler deliranter Zustand; Genesung nach einigen Tagen: Wiederholung genau derselben psychopathischen Erscheinungen (zuerst Verstimmung, dann tobsuchtsartige Erregung, daran anschließender Stupor im Dezember 1892 (zweite Attacke); damals Internierung notwendig; während der psychiatrischen Beobachtung stuporöses Verhalten mit pathetisch posenhaftem, von einem lebhaften Innenleben (?) zeugendem Gebaren; Patientin lächelt verzückt, betet, ist zeitweise ängstlich; Flexibilität, statuenhafter maskenartiger Gesichtsausdruck, vereinzelte Erregungszustände; ziemlich plötzliche Lösung des Stupors; Geheiltentlassung nach einigen Monaten (August 1893). Nun folgt ein freies Intervall von zehn Jahren. Dritte Attacke psychischer Erkrankung im Mai 1903 mit wieder plötzlich auftretender Verstimmung und delirant religiös-ekstatischen Zügen; Patientin betet fort, schickt verklärt Küsse zum Himmel, den sie offen sieht, sieht Engel und Teufel; auf diesen Verstimmungszustand folgt wieder ein Tobsuchtsanfall und hierauf verfällt Patientin in einen Stupor, der im wesentlichen das gleiche Bild wie bei der zweiten psychischen Attacke zeigt: Flexibilität, plötzliches klares Reden aus dem Stupor heraus, Fehlen der Nasen- und Kornealreflexe, Lidflimmern, Einfluß der Verbalsuggestion und des faradischen Pinsels, Ovarie, Halluzinationen, eigentümlicher Schütteltremor des Körpers, psychisches Trauma vor der letzten Erkrankung, theatralisches Gebaren, Katalepsie, Befehlsautomatie, Dermographie, krampfhaftes Lachen; abermalige Genesung nach einigen Monaten, Geheiltentlassung am 2. August 1903. — Freies Intervall. — Die vierte psychische Attacke setzt nun aber schon nach einigen Monaten ein mit neuerdings auftretendem Stupor, in dessen weiterem, diesmal prolongiertem Verlaufe aber immer deutlicher die Elementarsymptome

einer Dementia praecox hervortreten und den derzeit bestehenden geistigen Schwächezustand herbeiführten.

Ueberblickt man den klinischen Verlauf dieses gewiß sehr lehrreichen Falles in seinem Ganzem, so wird es wohl jetzt nicht schwer fallen, zu erkennen, daß wir es hier mit einem Verblödungsprozesse zu tun haben, der in das Gebiet der Dementia praecox gehört, und zwar glaube ich, daß wir diesen Fall den in Schüben verlaufenden Katatonien zuzurechnen hätten, nachdem gleich bei der ersten Attacke psychischer Erkrankung, sowie bei den folgenden Episoden die Motilitätssymptome und primären Willensstörungen im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen, während Wahnideen und Stimmungsanomalien eine nur vorübergehende Rolle spielen. Ebenso schwer, wie jetzt leicht, war aber die richtige Auffassung des Falles im Beginne der Erkrankung. Es ist unleugbar, daß vieles in dem Krankheitsbilde lag, was direkt zur Diagnose Hysterie hindrängte, so das theatralisch-posenhafte Gebaren, das verzückte, verklärte, dann wieder ängstliche Mienenspiel, die prompte Wirkung der Suggestion, des faradischen Pinsels, die deliranten Züge, das anscheinend lebhafte Innenleben, die vorhandenen Stigmen. Es entsteht nun die Frage, welche Lehre ist aus diesem Falle, dem ich noch mehrere sehr ähnliche aus eigener Erfahrung und aus der Literatur hinzufügen könnte, behufs Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Katatonie — denn um diese spezielle Unterform der Dementia praecox handelt es sich in diesen Fällen — für uns Praktiker zu ziehen? Ist es überhaupt möglich, den ersten Schub einer Katatonie, der unter hysteriformer Maske zur Beobachtung kommt, als solchen zu erkennen und differentialdiagnostisch gegen Hysterie auseinander zu halten? Bevor ich auf diese eben aufgeworfenen Fragen näher eingehen kann, muß ich meine Stellung zu den hysterischen Psychosen im allgemeinen vorerst kurz präzisieren. „Raimann betont in seiner klinischen Studie über hysterische Geistesstörungen, daß die von ihm dargelegten Grundzüge der Hysterie sich als abnorme Beeinflußbarkeit im Sinne des Krankheitswillens, als Reizbarkeit und Schwäche, als Perversion und Dissoziation der seelischen Prozesse innerhalb bestimmbarer Grenzen zusammenfassen lassen . . . .“ Binswanger

nennt das Hauptmerkmal der hysterischen Veränderung die „gestörte kortikale Dynamik des Zentralnervensystems“ und erwähnt weiter, daß bei der Hysterie die „Wechselbeziehungen zwischen materiellen Hirnrindenprozessen · und psychischen Parallelvorgängen wesentlich gestört sind . . . .“ Andere Forscher, die über die Psychopathologie der Hysterie schrieben, sprechen von Willenslähmungen, gleichbedeutend mit hysterischen Lähmungen. So wird von den meisten Autoren die primäre Willensstörung neben anderen grundlegenden Symptomen bei der Hysterie als eine wesentliche Krankheitserscheinung aufgefaßt. Ich werde noch weiter unten auf diese grundlegende Tatsache — primäre Willensstörung als Krankheitssymptome bei Hysterie — zu sprechen kommen. Zur Klinik der hysterischen Psychosen selbst möchte ich nur kurz bemerken, daß ich so ziemlich denselben Standpunkt bezüglich dieser Frage einnehme, wie er zuletzt, wie ich glaube, von Räcke präzisiert wurde. Im allgemeinen sah ich bei unserem Krankenmateriale hysterische Psychosen nicht allzu häufig. Die akuten paroxysmal auftretenden psychischen Störungen, entweder im Gefolge eines Anfalles oder intervallär als Aequivalentpsychosen einsetzend, konnten immer von den chronisch verlaufenden, zusammengesetzten hysterischen Psychosen strenge unterschieden werden. Die mildesten Formen der ersteren stellen die bekannten Stimmungsschwankungen der Hysterischen dar, die in vereinzelten Fällen allerdings ein direkt manisch depressives und dann protrahiertes chronisches Zustandsbild vortäuschen können, aber meist nur von vorübergehender Dauer und Bedeutung sind. Als eine der praktisch häufigsten Formen der akuten, hysterischen Psychosen möchte ich ein akut einsetzendes paranoid-depressives, mit Halluzinationen leicht getrübtes Bewußtsein und mit hochgradigen Angstaffekten einhergehendes, meist nur einige Stunden währendes Zustandsbild anführen, das die meiste Aehnlichkeit mit dem typischen hysterischen Delirium hat, aber doch, wie ich glaube, praktisch wenigstens eine gewisse Sonderstellung beansprucht. Zu den einfachen akuten hysterischen Krankheitsbildern rechne ich ferner den bekannten Raptus hystericus (plötzliches Angst- und Oppressionsgefühl, gewöhnlich ohne Halluzinationen, mit

der Neigung zu explosiven, motorischen Entladungen), den hysterischen Tobsuchtsanfall, die moriaähnlichen Zustandsbilder, die Delirien und Dämmerzustände, die akuten Bewußtseinsspaltungen, die kurzdauernden prä- und postparoxysmalen, mit den Anfällen direkt im Zusammenhange stehenden transitorischen Psychosen (meist Affektpsychosen, manische oder depressive, kurzdauernde Zustandsbilder). Die bis jetzt aufgezählten akuten Geistesstörungen gehen gewöhnlich ohne eigentliche Verwirrtheit im Sinne einer Amentia einher. Einen Fall wenn auch nur ganz kurzdauernder akuter halluzinatorischer hysterischer Amentia habe ich trotz mehrjähriger Beobachtung nicht finden können; ebenso sah ich niemals einen selbständig auftretenden Fall von hysterischem Stupor oder lethargischem Zustande, außer im Gefolge von hysterischen Anfällen. Jedenfalls scheinen die selbständig auftretenden Fälle von hysterischem Stupor und hysterischer Amentia relativ selten zu sein. Die chronisch verlaufenden hysterischen Psychosen setzen sich meist aus den eben erwähnten, akuten psychischen Störungen bei habituell degenerativer Konstitutionsanomalie zusammen und bieten so ein in den Symptomen außerordentlich wechselndes, meist unheilbares Krankheitsbild. Von einzelnen Autoren werden bei den letzteren Psychosen bestimmte klinische Verlaufsarten, wie die depressive und paranoide Form der chronisch-hysterischen Geistesstörungen unterschieden. Bezüglich des Zusammenhanges von Dementia praecox mit Hysterie spricht sich besonders Binswanger in seiner Abhandlung über hysterische Psychosen dahin aus, daß eine besondere Gruppe von hysterischen Geistesstörungen die jugendlichen Verblödungsprozesse bilden, bei welchen verhältnismäßig häufig unzweifelhaft hysterische Krankheitserscheinungen (hysterische Empfindungsstörungen, Kontrakturen, Paresen, ausgeprägte konvulsive Attacken) die Vorläufererscheinungen des geistigen Verfalls darstellen, jedoch später wieder vollkommen schwinden können; und an einer anderen Stelle erklärt derselbe Autor das Bestehen von Mischformen zwischen Hysterie und juvenilen Verblödungsprozessen bei degenerativen Fällen als zu Recht bestehend. Nißl geht so weit, zu behaupten, daß Beobachtungen, welche bislang zur Hysterie gerechnet worden sind,

richtiger den juvenilen Verblödungsprozessen, speziell der Katatonie zuzuzählen seien, wenn sie ausgeprägte Zwangsbewegungen, katatonische Körperstellungen, Mutismus oder zu andern Zeiten Symptome des Vorbeiredens darbieten. Ich glaube, derartige Ansichten schießen wohl über das Ziel. Wir müssen daran festhalten, in unserer klinischen Betrachtungsweise den prinzipiellen Unterschied zwischen hysterischen, degenerativen Psychosen und der Dementia praecox aufrecht zu erhalten und dürfen nur dann von hysterischen Geistesstörungen sprechen, wenn dieselben trotz chronischen, jahrelangen Verlaufes zu keiner irgendwie gearteten geistigen Abschwächung führen; denn in demselben Momente, wo wir diesen grundsätzlichen Unterschied zwischen beiden Gruppen von Geistesstörungen aufgeben, verleugnen wir die rein funktionelle Natur hysterischer Prozesse und rechnen hierzu dann auch Krankheitstypen, in denen die histopathologische Hirnuntersuchung meist greifbare, ja oft tiefgehende Veränderungen zu konstatieren imstande ist, wie das ja bei den meisten Fällen von Dementia praecox der Fall ist.

Ich habe daher die eben zitierten Anschauungen der Autoren bezüglich in Rede stehender Fragen nur angeführt, um anzudeuten, wie innig, fast in eins verschmelzend der Zusammenhang zwischen Hysterie und Dementia praecox selbst nach der Ansicht so hervorragender Fachmänner ist. Dieser augenscheinlich allgemein anerkannte Zusammenhang der Erscheinungen in der Verlaufsweise beider Gruppen von Psychosen wird uns vielleicht theoretisch verständlich, wenn wir uns der oben erwähnten grundlegenden Tatsache jetzt erinnern, der Tatsache nämlich, daß bei hysterischen Krankheitszuständen unter anderen Symptomen auch die primäre Willensstörung eine Hauptrolle im Krankheitsbilde spielt; anderseits hob ich ausdrücklich hervor, daß bei jenen Fällen von Dementia praecox, die ich unter dem Namen Katatonie zusammengefaßt habe, ebenfalls die gesamten psychischen Krankheitserscheinungen nur aus primären Willensstörungen mit meist damit einhergehenden Motilitätssymptomen bestehen. Hier (Dementia praecox) wie dort (Hysterie) können also Willensstörungen eine Hauptrolle im augenblicklichen, psychischen Zustandsbilde

spielen und so die klinische Verlaufsähnlichkeit gewisser Stadien derartiger Psychosen uns einigermaßen verständlich machen. Allerdings wird es bei der Fülle von Erscheinungen, die gewöhnlich die Hysterie bietet, von vornherein zu den größten Seltenheiten gehören, daß dieselbe die monosymptomatische Form einer vollkommenen psychischen Afunktion unter dem Bilde eines Stupors annimmt, während bei den Katatonien ein primäres Einsetzen vollkommener Willenssperrung geradezu zu dem typischen Verlaufe derartiger Psychosen gehört. Daher stehe ich immer jedem plötzlich hereinbrechenden Stupor, der außer einem scheinbar vollkommenen Erloschensein jedes psychischen Lebens keine weiteren Symptome bietet, bezüglich der Diagnose Hysterie sehr mißtrauisch gegenüber und glaube, daß in der Mehrzahl der Fälle ein solch monosymptomatisch auftretender Stupor in das Gebiet der Katatonie gehört. Meine eigene diesbezügliche Erfahrung kann die eben ausgesprochene Ansicht nur unterstützen. Bevor ich in meinen weiteren Auseinandersetzungen fortfahre, möchte ich noch einen hierher gehörigen Fall kurz skizzieren, wo die Diagnose einer hysterischen Geistesstörung vielleicht ebenso nahe lag wie im Falle 5 und der in viel rascherem Verlaufe unzweifelhafte Symptome einer Katatonie später darbot. Zugeführt wurde uns der Fall aus der Wiener Irrenanstalt mit der Diagnose „Amentia“, nachdem vorher am Wiener B. Z. eine hysterische Geistesstörung angenommen wurde. Die anamnestischen Angaben ergeben kurz folgendes:

Fall 6. E. E., 15 Jahre alt, ledig, mosaisch; fuhr am 20. März von Königsberg, wohin sie aus Jaffa zugereist war, um sich einer Augenoperation (enucleatio bulbi) zu unterziehen, nach Wien. Auf der Reise hatte sich ihrer ein junger Mann angenommen und brachte sie hierher. Nach dessen Mitteilung soll das Mädchen schon lange an Kopfschmerzen gelitten und während der Reise fast ununterbrochen geschlafen und sehr wenig gegessen haben. Eines Tages, in Wien bereits angelangt, verlangte sie Wasser zum Waschen und verfiel dann ganz unvermittelt in einen stuporösen Zustand. Sie reagierte auf keine Fragen, sprach nichts, nahm keine Nahrung zu sich. Schon nach der Augenoperation soll Patientin nach Angaben des Deponenten in ihrem Wesen verändert gewesen sein; sie fürchtete sich, wenn sie einen Moment nur allein war, zeigte sich sonst aber auffallend teilnahmslos und

apathisch. Unmittelbar vor dem Ausbruche des Stupors ist auch der Quartiergeberin des Mädchens das eigentümlich schlaftrunkene Benehmen derselben aufgefallen; sie klagte immer über heftige Kopfschmerzen, blieb im Zimmer, leise vor sich hinmurmelnd, oft eine halbe Stunde auf einem Flecke stehen und fiel schließlich der Länge nach auf den Boden und schlief ein. Ueber Heredität nichts zu erfahren. Am Wiener B. Z. sitzt Patientin mit apathischem Gesichtsausdruck ruhig da, gibt auf Fragen geordnet, aber zögernd und leise Antwort. Sie weiß sich in einem Krankenhause, kann aber das Datum nicht genau angeben. Sie erzählt, sie sei die Tochter eines Lehrers aus Jaffa, sei von dort nach Königsberg gereist, um sich einer Operation zu unterziehen. In Narkose sei sie operiert worden, blieb dann drei Wochen im dortigen Krankenhause und mußte sich nach ihrer Entlassung aus demselben um einen Dienstposten umsehen, weil sie kein Geld zur Heimreise hatte; sie nahm daher eine Stelle als Kindermädchen an. Nach sieben Wochen verließ sie wieder den Dienst, fuhr nach Wien, um von hier wieder nach Palästina zurückzureisen. Auf viele weitere Fragen bleibt Patientin beim Examen stumm, wackelt nur stereotyp mit dem Kopfe. Als sie nach Wien kam, wurde ihr, so erzählt die Kranke weiter, „unwohl“; was weiter mit ihr geschah, scheint ihrem Gedächtnisse entschwunden zu sein, wenigstens gibt die Kranke an, sie wisse sich nicht mehr daran zu erinnern. Im Verlaufe der Unterredung wird Patientin ängstlich, weinerlich, klagt über Kopfschmerzen, verweigert weitere Auskünfte. Keine katatonen Symptome; Nervenstämme nicht druckempfindlich, keine Ovarie. P. S. R. lebhaft, allgemeine Hypalgesie; auch tiefe Nadelstiche werden nicht schmerzhaft empfunden. Psychiatrische Diagnose am Wiener B. Z.: hysterische Psychose. Bei der Aufnahme in die Wiener Irrenanstalt am 29. März zeigt Patientin einen unzweifelhaft stuporösen Zustand. Sie läßt ruhig, willenlos alles mit sich geschehen, muß ausgespeist werden; reagiert auf keinerlei Außenvorgänge, monologisiert in unverständlicher summender Weise, scheinbar immer dieselben Worte wiederholend (Verbigeration). Alle Aufforderungen (Zunge zeigen, Arm heben etc.) werden unbeachtet gelassen; gegen passive Bewegungen kein vermehrter Widerstand. Eine Zeitlang muß Patientin künstlich genährt werden, ruft hernach oft in kläglichem Tone: „O Mama, ich will essen!“ Bisweilen gibt Patientin zögernd, leise, auf einfache Fragen sinngemäße Antworten; nur der Jahreszahl und des Datums weiß sie sich nicht recht zu erinnern. Die Kranke steht oft stundenlang regungslos da, blickt unverwandt nach dem Fenster, die Augen voll Tränen. Die in der Wiener Irrenanstalt gestellte Diagnose lautete auf Amentia. Am 23. April 1906 kommt Patientin auf dem Wege des Kranken-

transportes in die Irrenanstalt Gugging. Patientin weint heftig bei der Aufnahme, will zu ihrer Mutter, ist zeitlich nur ungefähr, sonst vollkommen orientiert, klar, attent und geordnet, gibt retrospektiv richtige zusammenhängende Auskünfte; sie glaubt, durch schlechte Augenbehandlung kopfkrank geworden zu sein. Von hereditär belastenden Momenten ist ihr nichts bekannt. Sie selbst soll immer gesund gewesen sein, nie an Schwindel, Ohnmachten oder Krampfzuständen gelitten haben. Vor vier Jahren erkrankte sie an einer Augenentzündung, die angeblich mit Lapistouchierungen behandelt wurde, schließlich aber zum Verluste des Sehvermögens des betreffenden Auges führte (Sekundär-Glaukom). Die Kranke schildert eingehend ihre im Sommer 1905 unternommene Reise von Jaffa nach Königsberg. Gleich nach der vorgenommenen Operation traten bei der Kranken Kopfschmerzen und Schwindelgefühle auf. In der zweiten Woche nach dem vorgenommenen chirurgischen Eingriff wurde ihr plötzlich „übel", sie wollte nach der Krankenschwester rufen, konnte aber nicht mehr sprechen (hysterische Aphonie?) Der Arzt soll ihr damals eine Einspritzung gemacht haben. Nächsten Tag fühlte sie sich noch sehr schwach. Einige Wochen später hatte die Kranke einen ähnlichen, kurzen Anfall. Ihren Dienstposten mußte sie schon nach sechs Wochen wegen allgemeiner Schwäche aufgeben. Sie schrieb ihren Angehörigen um Geld zur Heimreise. Die Antwort blieb aber nach ihrer Meinung zu lange aus, weshalb sie sich sehr kränkte und viel weinte. Auf der Fahrt von Königsberg nach Wien sei ihr nun plötzlich wieder unwohl geworden, sie fiel — so berichtet Patientin weiter — eines Tages plötzlich bewußtlos zusammen und kam erst am folgenden Tage zu sich; sie war damals am ganzen Körper heiß und konnte nicht sprechen. Bei der Untersuchung am Wiener B. Z. zeigte sich Patientin auch gegen tiefe Nadelstiche empfindungslos. Gegenwärtig klagt die Kranke noch über Schmerzen in den beiden Schläfen und fühlt sich recht schwach; sie ist jedoch Zuspruch zugänglich, erkundigt sich um ihre nächste Zukunft, äußert Bangigkeit nach den Eltern. Die nächsten Tage der Beobachtungszeit ganz geordnetes Benehmen auf der Abteilung. Die Patientin unterhält sich frei und ungezwungen mit den anderen. Am 1. Mai beginnt Patientin wieder über Kopfschmerzen zu klagen, zeigt mangelnden Appetit, wird wortkarg, still, verlangt ins Bett; allmählich zunehmender Stupor. Am 5. Mai wird das Verhalten der Kranken folgendermaßen kurz geschildert: „Patientin sucht immer einen abgelegenen Ort zum Aufenthalte auf, spricht nur auf Antrieb und auch dann nur leise, zögernd, äußert nur den Wunsch, daß sie heim wolle; sie abstiniert zeitweise; ihre Spontanbewegungen sind verlangsamt, überhaupt reduziert. Nach einigen Tagen ist die Kranke bereits

vollkommen stuporös; sie sitzt, den Kopf auf die Hand gestützt, die Haare über das Gesicht gestrichen, regungslos am Rande ihres Bettes, abstiniert, ist vollständig mutistisch und setzt allen Maßnahmen energischen negativistischen Widerstand entgegen. Stuporöser Zustand bis Ende Mai unverändert. Um diese Zeit beginnt Patientin wieder etwas zu sprechen, wird etwas freier in ihrem Wesen, bittet die Aerzte um Verzeihung, daß sie nichts gesprochen habe; sie wisse, daß sie dadurch ihre Lage verschlechtert habe. Den Grund ihres Mutazismus könne sie sich selbst nicht erklären. Leichte Hemmung noch immer nachweisbar. Anfangs Juni wird Patientin sogar heiter, gesprächig im Verkehre mit den anderen, bittet spontan um Arbeit, hilft selbst bei den Abteilungsarbeiten mit. Am 17. Juni wieder plötzliches Einsetzen eines stuporösen Zustandes; sinnloser Negativismus; Patientin wehrt sich gegen ärztliche Behandlung auf das heftigste, schreit, sie wolle sich umbringen, drängt gewaltsam fort, will sich in die Fenster stürzen, ruft ihre Mutter um Hilfe. In den nächsten Tagen: Sondenfütterung wegen hartnäckiger Abstinenz; Patientin rauft bei allen Maßnahmen, poltert oft stundenlang an den Türen. Nun treten der Reihe nach typisch katatonische Krankheitssymptome in den Vordergrund: Patientin verbigeriert stundenlang sinnlos die Namen der Pflegerinnen, wiederholt dann wieder affektlos den Satz: „ich will brav sein“ einige hundertmale; sie klammert sich an die Pflegerinnen an, zeigt manirierten, breitspurigen Gang, Bewegungsstereotypien und explosive Erregungszustände. Die Kranke kniet stundenlang auf einem Flecke, verleugnet beim Besuche ihre eigene Mutter, lacht oft plötzlich ganz grundlos auf; dann wieder geht Patientin den Pflegerinnen automatisch auf Schritt und Tritt nach, will Kranke plötzlich umarmen und küssen etc. Der ganze Verlauf der Psychose stempelt diese zu einer ausgesprochenen Katatonie. Am 29. Juli wird die Kranke ungebessert gegen Revers entlassen.

Das klinische Bild des Falles während der ersten Monate der Erkrankung ließ unstreitig am ehesten an eine hysterische Psychose denken. Körperlich und geistig erschöpfend wirkende Momente (lange Reise, mangelhafte Nahrung, psychischer Shok infolge der Operation, Heimweh etc.) lassen besonders bei der zu Psychopathien geneigten semitischen Rasse den Ausbruch einer funktionellen Psychoneurose (Hysterie) verständlich erscheinen. Die unmittelbar nach der Operation sich einstellenden nervösen Zufälle lassen sich ebenfalls mit der Annahme einer funktionellen Erkrankung ganz gut in Einklang bringen. Ebenso spricht der von verschiedenen Untersuchern in den

ersten Wochen der Erkrankung erhobene Status psychicus in keiner Weise gegen diese Auffassung. Die wiederholt aufgetretenen, die Kranke ganz plötzlich befallenden stuporösen „Anfälle“ haben die größte Aehnlichkeit mit hysterisch-lethargischen Zuständen. Die Fähigkeit der Patientin, in den von psychischen Störungen freien Intervallen sich einsichtsvoll über ihren Krankheitszustand äußern zu können, der larmoyante, überschwängliche Ton in ihren Erzählungen, die bis in die kleinsten Einzelheiten gehende Beobachtung ihrer eigenen Krankheitssymptome, die allgemeine Hypalgesie, der Mangel jeder stärkeren geistigen Abschwächung und jedes katatonen Symptoms im Beginn und während der ersten Verlaufszeit der Psychose, konnten kaum eine andere Diagnose als die einer hysterischen Psychose aufkommen lassen; und doch sehen wir schon nach verhältnismäßig kurzdauernder klinischer Beobachtung Symptome auftreten, die der Psychose immer mehr den Stempel einer Dementia praecox aufdrücken und die zutage tretenden hysteriformen Züge nur als eine Episode in dem Krankheitsverlaufe, als die „Vorläufererscheinungen des geistigen Verfalls“ erscheinen lassen. Wieder eröffnen, wie im Falle 5, nach einem kurzen Stadium leichter psychomotorischer Hemmung und Verstimmung plötzlich hereinbrechende Stuporzustände die Szene, diesmal allerdings ohne vorhergegangene tobsuchtsartige Erregung. Patientin erholt sich von ihrem Stupor meist ziemlich rasch und bietet in der ersten Zeit intervallär kaum irgendwelche schwerere psychische Störungen. Beim ersten Examen, dem wir die Patientin hier in der Anstalt unterzogen, fiel uns ein gewisser Grad leichter gemütlicher Abstumpfung bei derselben, trotz Klarheit und ihrer gut erhaltenen intellektuellen Fähigkeiten auf, ein gewisser Mangel „thymopsychischer“ Regsamkeit, der auch im späteren Verlaufe der klinischen Beobachtung für ein geübteres Auge erkennbar war zu einer Zeit, wo Patientin noch gar keine Andeutungen katatoner Symptome zeigte und vollkommen frei mit ihrer Umgebung verkehrte. Ich glaube, diese leichtgradigste Abstumpfung in gemütlicher Beziehung zeigt sich oft nur darin, daß die nach Ablauf der akuten psychischen Störungen klaren und besonnenen Patienten sich merkwürdig rasch in die doch

ganz ungewöhnten Verhältnisse eines Anstaltsgetriebes hineinfinden, ja sich in ihrem neuen Milieu relativ ganz wohl fühlen; bei gelegentlichen Fragen und Bitten nach Entlassung lassen sich derartige Kranke mit einigen umschreibenden schönen Worten ganz gut abfertigen und bieten so einen eigentümlichen Kontrast in den Qualitäten ihrer psychischen Persönlichkeit in bezug auf Verstandes- und Gefühlsleben. Wir sehen auch hier wie im Falle 5 im Beginne der Erkrankung fast ausschließlich Motilitätssymptome und Willensstörungen das Krankheitsbild beherrschen; jedenfalls spielen Störungen des Wahrnehmungsvorganges und der sonstigen Bewußtseinstätigkeit oder affektive Krankheitserscheinungen eine ganz untergeordnete Rolle. Patientin war auch nach Ablauf und Lösung des Stupors, wenigstens im Verlaufe der ersten Zeit der Psychose, ohne wesentliche psychische Krankheitssymptome. Ich will nun zu dem in Frage stehenden Thema — i. e. Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox — noch einige Fälle anführen, wo hysteriforme Anfälle mit nachfolgender Verwirrtheit den Beginn einer Psychose anzeigten, die sich im weiteren Verlaufe ebenfalls als Dementia praecox entpuppte.

Fall 7. G. V., 19 Jahre alt, katholisch, ledig, wurde am 23. Dezember 1904 wegen lärmenden Verhaltens nach eklamptischen Anfällen mit der Diagnose „Amentia“ von der Gebärklinik auf das B. Z. des Wiener allgemeinen Krankenhauses übersetzt. Die anamnestischen Angaben stellen fest, daß Patientin als Kind keine Fraisen überstand und am 11. Dezember 1904 aus vollstem Wohlsein heraus einen „ersten“ epileptischen Anfall in der Dauer von drei Minuten mit Zungenbiß, allgemeinen Krämpfen und Amnesie erlitt. Wegen dauernder motorischer Unruhe und Verwirrtheit erfolgte ihre Uebersetzung aufs B. Z. Beim Examen zeigt sich Patientin zeitlich und örtlich nur mangelhaft orientiert, ist in ihrem ganzen Gebaren eigentümlich frivol und obszön, verlangt Zigaretten, lacht und singt, lärmt sinnlos, ausgelassen, zeigt sich dann wieder zeitweilig schlafsüchtig. Somatisch: mammae prall mit Milch gefüllt (nach partus); Bauchdecken schlaff, normaler Lochialfluß, Pupillen weit, am 25. und 28. Dezember 1904 eine Reihe „echter“ epileptischer Anfälle. Am 29. Dezember ist Patientin benommen, scheinbar aphasisch, zeigt totale schlaffe Lähmung des rechten Armes, Parese des linken; die Beine zeigen keine Lähmungserscheinungen; beiderseits Patellar und Fußklonus; Taches

cerebrales. Am 30. Dezember wird am B. Z. eine rechtsseitige Fazialisparese konstatiert; die Zunge weicht nach rechts ab, die Sprache ist dysarthrisch; Sensibilität intakt. Allmählich erholte sich Patientin; spricht aber noch am 3. Januar 1905 verwirrt, weint, fürchtet, man wolle sie vergiften. Am 4. Januar 1905 sind die paretischen Erscheinungen geschwunden, doch die psychischen Störungen noch anhaltend. Am 17. Februar 1905 ist Patientin noch immer verwirrt, verkennt die Umgebung, verlangt nach ihrem Geliebten, schimpft, ist unruhig, lasziv, oft weinerlich gestimmt, verunreinigt sich öfter. Mit der Diagnose Epilepsie und postepileptische Amentia (?) wurde Patientin uns am 24. Februar 1905 vom Wiener B. Z. zugebracht. Die Kranke zeigt sich bei ihrer Aufnahme in unserer Anstalt ganz abweisend, mürrisch, wortkarg. Sie bleibt während des Examens meist stumm vor dem Arzte sitzen oder gibt nur widerstrebend kurze einsilbige Antworten. Sie wisse überhaupt von all den Angaben der Krankengeschichte nichts, man solle ihren Mann (Geliebten) oder den Vater fragen, der wird es besser wissen. Die Kranke blickt oft wie verloren im Zimmer herum, nimmt keine Notiz von ihrer Umgebung, spricht oft zu sich selbst. Sie glaubt, hier in einem Kloster zu sein, die Herren seien Aerzte oder barmherzige Brüder. Sie sei hier, weil sie ein „Radel" zu viel habe. Gekommen sei sie von ihrer Mutter oder der Gebäranstalt; sie wisse aber nicht mehr, was sie dort gemacht habe. Jetzt sei März 1905. Man habe sie schon genug gemartert, das ganze Blut habe man ihr ausgesogen. Die Kranke wird erregt, durch jede Frage gereizter, abweisend. Am 26. Februar wurde von den Pflegerinnen über zwei Anfälle berichtet; beim ersten derselben soll sich Patientin von der Straputze auf den Boden gewälzt haben und dann hier wie absichtlich weiter gerutscht sein; dabei keine Krämpfe, anscheinend keine schwere Bewußtseinstrübung oder Bewußtlosigkeit. Im weiteren Verlaufe der Beobachtung spricht Patientin bei gelegentlichen Unterredungen mit den Aerzten meist nichts, schaut bald lächelnd verzückt, bald ratlos ängstlich herum, verkennt anscheinend Personen; bei Druck auf einen submammillären Druckpunkt fängt Patientin unter Schreien plötzlich theatralisch zu gestikulieren an, spricht dabei verwirrt, weint und seufzt, um dann wieder in ihr früheres abweisendes, mutazistisches Verhalten zu verfallen und darin weiter zu verharren. Somatisch sind totale Hypalgesia, ein submammillärer Druckpunkt und profuse, intermittierend, ohne sonstige causa auftretende Schweiße zu konstatieren, welch letzteres Symptom wir übrigens bei Dementia praecox häufig zu beobachten Gelegenheit hatten (Autointoxikation? Vasomotorisch?). In den nächsten Wochen ziemlich unverändertes Benehmen; meist ist Patientin abweisend, stößt einige abrupte Sätze hervor, kommt

oft plötzlich in heftige Erregung, die teilweise wenigstens halluzinatorisch bedingt zu sein scheint; die Leute lachen über sie, nachts werde sie vergewaltigt; sie räumt oft plötzlich ihr Bett aus, reißt sich die Wäsche vom Leibe, bleibt dann nachts am bloßen Betteinsatze liegen, schleudert den Pflegerinnen die Eßschalen nach. In etwas ruhigeren Zeiten motiviert sie läppisch lächelnd ihre Erregungszustände damit, daß sie „zornig" gewesen sei. Patientin verkennt Personen, halluziniert, scheint aber nie eigentlich verwirrt zu sein. Am 16. März wurde nun ein plötzlich auftretender kataleptischer Zustand beobachtet, der in seinen Einzelheiten ein ausgesprochen hysterisches Gepräge an sich trug. Patientin verfällt an diesem Tage plötzlich gelegentlich einer Visite in einen Stupor, bleibt wie eine Statue regungslos mit geschlossenen Augen auf einem Flecke stehen, zeigt in exquisiter Weise das Symptom der Katalepsie und bis zu einem gewissen Grade Befehlsautomatie; unvermittelt macht dann Patientin mit ausgestreckten Armen einige rasche Drehbewegungen, erwacht dann plötzlich aus ihrem abnormen Bewußtseinszustande, wendet sich mürrisch vom Arzte ab, beginnt laut zu schimpfen und will auf den Arzt loshauen; abends im Bette ist sie noch immer sehr erregt, scheint wieder zu halluzinieren, hält Monologe, die sich hauptsächlich um ihren Geliebten drehen. Tags darauf sitzt Patientin regungslos mit geschlossenen Augen da, ist negativistisch, springt plötzlich aus ihrem Stupor auf und reißt eine Mitpatientin unbegründet bei den Haaren. In den nächsten Tagen wechseln wieder ruhigere Zeiten, wo Patientin etwas zugänglicher ist, die Aerzte bittet, bald entlassen zu werden, mit Zeiten halluzinatorischer Erregung ab, wobei sie aber anscheinend nie tief verwirrt ist. Bei diesen Erregungszuständen schreit und schimpft sie, schlägt Fenster ein, monologisiert, wobei sich ihre Selbstgespräche in erotischer Weise meist um sexuelle Dinge drehen, lacht grundlos, um im nächsten Momente wieder niederzuknieen und leise zu beten; oft läßt sie die Klage laut werden, daß hier alles verändert sei, das Haus stehe im Wasser, alles „hutsche" sich, es gehe hier um. Nach einer schweren, eitrigen, mit Fieber einhergehenden Entzündung des Vorderarmes wird Patientin in ihrem Benehmen viel geordneter, höflich im Verkehre gegen die Aerzte; sie ist oft völlig ruhig und gibt zu, geisteskrank gewesen zu sein, kann aber ihr früheres eigentümliches Benehmen in keiner Weise motivieren. Dauer dieser Remission bis 6. Mai, um welche Zeit die Kranke wieder unvermittelt traurig verstimmt wird, oft weint, den Pflegerinnen Vorwürfe macht, daß sie nicht beichten gehen dürfe; sie sei eine Sünderin, habe immer so schwere Gedanken. Nach zwei Tagen lacht sie nur mehr über ihre Verstimmung, erzählt geordnet über ihren Krankheitszustand, zeigt Beschäftigungstrieb,

will bei Feldarbeiten mithelfen. Anfangs Juni wieder plötzlicher unmotivierter Erregungszustand. Patientin geht räsonnierend mit offenen Haaren herum, will über das Gartengitter springen, rauft, drängt sinnlos heraus, dabei läppisch heitere Grundstimmung. Gegen Ende Juli ändert sich wieder das Bild; an Stelle des Wortschwalles und der Erregung tritt Wortkargheit und Teilnahmslosigkeit; Patientin ist in ihrem Benehmen ganz kindisch ungeordnet, unrein bezüglich ihres Aeußeren und ihrer körperlichen Pflege, gleichgültig gegen alles. Das ganze psychische Verhalten der Patientin zeigt immer mehr das Gepräge eines geistigen Schwächezustandes. Die Kranke ist ohne jede geistige Regsamkeit und ohne Initiative; zu mechanischen Arbeiten ganz gut zu verwenden; meist ist sie ruhig, apathisch, zu anderen Zeiten wieder läppisch heiter, balgt sich mit Kindern ab, hetzt herum, klatscht vor ausgelassener Freude in die Hände, fordert jeden zum Sange auf, um dann wieder für einige Stunden oder ein paar Tage in einen grundlos traurigen Verstimmungszustand zu verfallen, in dem sie sich negativistisch abweisend und mutazistisch zeigt. Diese zirkulären Stimmungsschwankungen zeigt Patientin noch bis in die Sommermonate 1906; erst in den letzten Wochen befindet sich Patientin in andauernd gleichmäßiger Grundstimmung, ist aber gemütlich und intellektuell gleich abgeschwächt.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant, vor allem wegen der hysteriformen Zustände und Symptome, die auch die psychischen Störungen anfangs als hysterische auffassen ließen. Die an der Wiener Klinik beobachteten eklamptischen Anfälle scheinen einen rein ausgesprochenen epileptiformen Charakter gehabt zu haben, was die damaligen Untersucher zur Diagnose „Epilepsie“ veranlaßt haben mochte. Daß epileptiforme Anfälle ebenso wie hysteriforme gerade im Beginne einer Dementia praecox vorkommen, ist eine bekannte klinische Erfahrungstatsache, weshalb es jetzt retrospektiv schwer zu entscheiden sein dürfte, ob es sich damals um eine wirkliche Eklampsie oder um derartige bereits in den Rahmen der Dementia praecox gehörige Anfälle gehandelt hat. Ich weiß mich speziell eines Falles zu erinnern, der lange unter der Diagnose „Epilepsie“ geführt wurde, sich aber später unzweifelhaft als ein Fall von Dementia praecox mit symptomatisch auftretenden epileptiformen Anfällen herausstellte. Besonders erwähnen möchte ich bei dieser Gelegenheit das verhältnismäßig häufige Auftreten schwerer synkopaler Zustände im Beginne und während des

Verlaufes einer Dementia praecox. Aehnliche Fälle, wo die Psychose ebenfalls oft mit gehäuft auftretenden hysteriformen Anfällen einsetzte, könnte ich noch in größerer Zahl aus eigener Erfahrung anführen.

Ebenso häufig wie die erwähnten ausgesprochen hysteriformen Symptome finden wir im Beginne einer Dementia praecox, noch vor dem Ausbruche der psychischen Dissoziationserscheinungen, ein kürzer oder länger dauerndes hypochondrisch-neurasthenisches Zustandsbild. Immer habe ich aber gefunden, daß diese symptomatischen Neurasthenien mit hypochondrischen Vorstellungen im Initialstadium der Dementia praecox von vornherein das ominöse Gepräge mangelnder psychischer Reaktion im Sinne einer gewissen Resignation und Apathie an sich tragen, wodurch derartige angehende Dementia praecox-Kranke ganz wesentlich kontrastieren mit den unsteten, überall hilfesuchenden, klagereichen und nie zufriedenen eigentlichen Neurasthenikern. Hier wirkliche nervöse Schwäche mit vermehrter Reizbarkeit, gesteigertem Affektleben und quälendem Krankheitsbewußtsein, dort eine für den Beobachter unverständliche, gleichgültige, ja oft heitere Ruhe trotz schwerster nervöser Klagen.

Hiermit hätten wir Fälle von Dementia praecox kurz besprochen, die entweder im Beginne der Erkrankung mit hysteriformem Stupor oder Krampfanfällen, oder einem neurasthenisch-hypochondrischen Krankheitsbilde einsetzen, die aber insofern, wie ich glaube, eine klinische einheitliche Verlaufsform der Dementia praecox darstellen, als der Beginn der psychischen Erkrankung, wie gesagt, immer ein hysteriform-neurasthenischer ist, obwohl der weitere Verlauf der Psychose entweder einem mehr katatonen oder hebephrenen oder endlich einem abwechslungsreichen, aus allen möglichen Einzelsymptomen einer Dementia praecox zusammengesetzten, psychotischen Krankheitsbilde entspricht. Das Ziel einer verständlichen Diagnosenstellung muß meiner Ansicht nach auch den Zweck verfolgen, mit der Nomenklatur der Diagnose in dem Leser zugleich das Bild eines bestimmten Krankheitsverlaufes wachzurufen, so daß in nuce gewissermaßen die Charakteristika der betreffenden Psychosen vor das geistige Auge des Lesers

treten. Ich würde also derartige Fälle, wie die eben beschriebenen, nicht als Katatonien oder als Hebephrenien in dem von uns oben angedeuteten Sinne ansprechen, sondern sie als eigene, einheitliche klinische Verlaufsformen der Dementia praecox hinstellen und dementsprechend derartige Psychosen als Dementia praecox mit hysteriformem Beginne bezeichnen, wobei es uns immer unbenommen bleibt, das weitere Gepräge der Psychose durch den Zusatz hebephrener oder katatoner Verlauf zu charakterisieren. Ich halte es eben nicht im Interesse einer allgemein verständlichen und zugänglichen Systematik der psychischen Erkrankungen gelegen, wenn unter einer bestimmten Diagnose noch alle möglichen klinischen Verlaufsformen einer Psychose subsumiert werden können. Das ist aber zum Teil wenigstens bei der sonst so vorzüglichen Kraepelinschen Nomenklatur der Fall. Wenn man von einer Hebephrenie oder Katatonie im Sinne Kraepelins hört, so weiß man eigentlich über den klinischen Verlauf der Psychose ziemlich wenig; man weiß zwar, daß mit größter Wahrscheinlichkeit der von Kraepelin bestimmte, spezifische geistige Schwächezustand als Endausgang der geistigen Störung zu erwarten steht, weiter, daß hebephrene oder katatone Symptome im Krankheitsbilde zu konstatieren sind; wie aber die Psychose verläuft, ob unter paranoiden Wahnideen oder unter einem melancholischen Zustandsbilde, ob unter hysteriformem Beginne oder unter dem Bilde einer Angstpsychose, einer amentiaähnlichen psychischen Störung etc., über das eigentliche Gepräge also der als Hebephrenie oder Katatonie diagnostizierten Psychose erfahren wir durch die Diagnosenstellung nichts; ein primärer Verstimmungszustand mit nihilistisch-depressiv-paranoiden Wahnideen, Selbstvorwürfen und hypochondrischen Sensationen und das pseudo-manische Bild eines Hebephrenen werden unter ein und derselben Bezeichnung: Hebephrenie zusammengefaßt, womit natürlich bezüglich des klinischen Verlaufes der Psychose die aufgelegtesten Gegensätze angenommen werden. Ebenso werden von Kraepelin auch alle paranoiden pseudo-melancholischen Zustandsbilder von Psychosen, in deren Verlaufe katatoner Stupor oder katatone Erregungszustände auftreten, als Katatonien bezeichnet.

Ich glaube, ebenso mit Unrecht, weil ja katatone Symptome uns ebenso bei einer Dementia paranoides oder einer Hebephrenie nach Kraepelin entgegentreten können, wie bei den eigentlichen Kraepelinschen Katatonien. Ich würde daher, wie bereits erwähnt, von einer Katatonie bei einer Psychose nur dann sprechen, wenn katatoner Stupor, oder Erregungszustände oder katatone Willensdurchkreuzungen (Querhandlungen) von vornherein und ohne Hinzutreten eigentlicher symptomatischer Psychosen das klinische Bild der betreffenden Geistesstörung beherrschen und auch im weiteren Verlaufe in demselben die Hauptrolle spielen. Ebenso gebrauche ich den Ausdruck „Hebephrenie" nur in der oben angedeuteten eingeengten Begriffsbestimmung für eine mit dem eigentümlich pseudo-manischen Gebaren dieser Kranken, aber ohne Wahnideen und eigentliche Stimmungsanomalien, einhergehende, zu einer bestimmten Form des Schwachsinnes führende Psychose. Der Vorteil einer solchen Abgrenzung des Krankheitsbegriffes der Hebephrenie und der Katatonie liegt meiner Ansicht nach darin, daß hiermit bei der Diagnosenstellung zugleich ein eindeutig in seinem klinischen Verlaufe gekennzeichnetes, klinisches Krankheitsbild gegeben ist.

Nach dieser kurzen Abschweifung kehren wir nunmehr wieder zu unserem eigentlichen Thema zurück. Bevor ich zusammenfassend die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox besprechen kann, will ich noch weiter kurz zwei Fälle anführen, wo sich nach unserer Ansicht auf dem Boden eines degenerativen Irreseins (degenerativ-hysterische Psychose) eine Dementia praecox entwickelte:

Fall 8. G. de R., geboren 1864, katholisch, verheiratet, hereditär belastet. Großmutter mütterlicherseits starb in einem Irrenhause. Keine schweren Kinderkrankheiten, keine Fraisen, Schulbesuch mit sehr gutem Erfolge, sehr gute geistige Veranlagung und Entwickelung. Als Kind jedoch vertrug sich Patientin schon im Elternhause mit ihrer Umgebung schlecht. Mit neun Jahren unternahm sie wegen irgendeiner Kleinigkeit bereits den ersten Selbstmordversuch; sie nahm damals in selbstmörderischer Absicht „Insektenpulver". Auch späterhin war sie immer sehr überspannt, las viel, oft bis 2 bis 3 Uhr morgens, lernte eine Menge Sprachen (französisch, englisch, portugiesisch).

Mit 15 Jahren neuerlicher Selbstmordversuch wegen unglücklicher Liebe.

Zur Zeit der Pubertät litt es sie überhaupt nicht mehr im Elternhause. Sie wurde sehr unstet, war immer sehr unruhigen Geistes, beschäftigte sich mit allerlei unnützen philosophischen Problemen, studierte Sternbilder. Dabei litt sie häufig an Ohnmachtsanfällen, Herzklopfen und unruhigem Schlaf; auch somnambule Zustände sollen bei der Kranken beobachtet worden sein. Patientin trat aus freier Ueberzeugung zum katholischen Glauben über, ging dann nach Paris und endlich gar als Erzieherin nach Brasilien. Dort lernte sie ihren Mann kennen, heiratete. Das erste Kind kam tot zur Welt; hernach schwere Erkrankung nach einem Insektenstiche, Rückkehr nach Europa. In Wien zweite Entbindung. Das Kind lebt. Im Oktober 1900 sah Patientin angeblich noch blühend und gesund aus und fuhr in vollster Gesundheit um diese Zeit nach Paris zu ihrem Manne zurück; erst um Weihnachten oder Neujahr 1901 scheinen die ersten schweren psychischen Störungen aufgetreten zu sein. Im März 1901 wollte die Kranke sich und ihr Kind mit Leuchtgas vergiften, war vom 16. März bis 30. Mai in Paris in Irrenanstaltsbehandlung, wurde dann von dort geheilt entlassen und reiste nun zur weiteren Erholung zu ihren Angehörigen nach Wien. Die erste Zeit war sie hier ziemlich ruhig. Sie erzählte, daß sie schwere Gemütsbewegungen mitgemacht habe, behauptete, ihr Mann habe ein Verhältnis mit einer Gräfin und vernachlässige sie. Trotzdem die Kranke nun um diese Zeit (Juni 1901) noch ganz klar und besonnen war, fiel den Angehörigen doch schon eine Veränderung in dem Wesen der Patientin durch ihr eigentümliches, sonderbares Benehmen auf. So verschenkte sie einmal mir nichts dir nichts 300 Franken, kaufte einen teueren Hut und zerschnitt ihn dann, weil er ihr nicht gefiel. Sie äußerte auch vereinzelte Beziehungsideen; so behauptete sie, die Seidengasse heiße so, weil sie (Patientin) eine seidene Bluse trage. Ueberall auf den Straßen seien Gas- und Wasserleitungen als Anspielungen auf ihren Selbstmordversuch mit Leuchtgas angebracht. Einmal behauptete sie, sie sei die heilige Jungfrau, ihr Mann der heilige Josef. Im Anschlusse an eine Menstruation steigerten sich die Aufregungen und die psychischen Störungen. Die Kranke wurde sehr unruhig, schlaflos, entkleidete sich vollkommen, verlangte auf einmal von den Angehörigen, daß alle tanzen, schlug ihre Schwester, wollte zur Sonne hinauffliegen, zum Fenster hinausspringen. Sie meinte, ihre Haut müsse herunter, daß das schlechte Blut aus ihrem Körper herauskäme. Bei der Untersuchung durch den Polizeiarzt ist Patientin noch ganz orientiert, bringt aber ihre konfusen, zusammenhanglosen und meist unsinnigen Wahnideen vor. Sie klagt

über die Leute auf der Straße, weil sie ihre Bewegungen nachmachen. Die Angehörigen bieten ihr Semmeln an, damit alle ihre schlechten Zähne sehen. Die Plakate auf der Straße beziehen sich auf sie. Weiter erzählt sie dem Arzte, daß sie neulich im Reiche der Mitte, in China gewesen sei, heute war sie in der „vierten Dimension", sie habe die Schöpfungsgeschichte mitgemacht und die Schöpfungsbewegung nachgefühlt. Aus ihrer Bewegung sei „der Urstoff zu Gestirnen ausgestaltet worden". Bei der Aufnahme in die Wiener Irrenanstalt ist die Kranke bereits vollkommen verwirrt, zeigt beim Examen lebhafte motorische Unruhe, abspringenden Gedankengang, lacht und weint in einem Atem. Sprachprobe: „Ich bin keine Gefangene, die vielen Aerzte sind mir zuwider. Sie sind kein Wolf, ich bin kein Rotkäppchen, das ist die Eulalia, die mir alles Böse angetan hat, ich bin von der Erde heruntergepurzelt, Ruhe geben! Ich werde gleich einem eine göttliche Ohrfeige geben, ich habe ein Kleid genäht, aber nicht gewußt, daß mein Mann ein Narr ist. . . . ." Keine Stigmen. Nun folgt ein andauernder schwerer Verwirrtheitszustand, in dem Patientin sich oft am Boden herumwälzt, mit Kot schmiert, rasch wechselnde Stellungen einnimmt, lebhaft herumagiert und grimassiert, in sprachlicher Beziehung ein zusammenhangloses Gefasel produziert. Die psychomotorische Erregung wird oft plötzlich für einen Tag von Stupor und Mutazismus unterbrochen. Häufig pathetische Stellungen. Patientin kniet sich nieder, küßt den Boden, breitet die Arme aus. Mutazismus und Stupor wechseln mit hochgradigster Erregung, in der Patientin blind wütend aggressiv wird. Die Kranke springt oft stundenlang stereotyp im Gitterbett auf und ab, ohne von der Umgebung Notiz zu nehmen, wendet sich bei der Visite dann plötzlich an den Arzt mit der Bitte um ein Gefrorenes. Zeitweise künstliche Ernährung notwendig, hochgradiger Negativismus. Am 9. Oktober 1901 in die Irrenanstalt Kierling transferiert, zeigt die Kranke bei ihrer Ankunft ein vollkommen verwirrtes Gebaren, zornmütige Erregungszustände, zerreißt alles, muß dauernd isoliert oder im Dauerbade gehalten werden, ist meist ganz unzugänglich, brüllt oft affektlos stundenlang, reißt sich die Haare aus, schmiert den ganzen Körper mit Kot an; dieses Zustandsbild dauerte mit kurzen Remissionen bis Februar 1903. Im März 1903 zeigt die Kranke noch wechselndes Verhalten, ist bald ruhig und geordnet, beteiligt sich an Spaziergängen, bald zornig erregt, zerreißt alles, schleudert das Essen von sich. Noch im Juni 1903 wird in der Anstalt ein kurzer Rückfall in hochgradigste Erregung beobachtet. Erst im Herbst desselben Jahres tritt bei der Kranken dauernde Beruhigung ein; an ihren paranoiden Wahnideen jedoch hält sie fest. Nach Ablauf der akuten psychischen Störungen ist

die Kranke aber in ihrem Wesen und in ihrer Persönlichkeit eine andere geworden, ad peius verändert, wie eine jetzt mehrjährige Beobachtung zur Evidenz zeigt.

Früher intelligent, für alles Interesse zeigend, lungert jetzt Patientin untätig stundenlang auf einer Gartenbank herum, zeigt Verschrobenheiten in ihrem Wesen, hält noch immer an einzelnen Wahnideen fest, ist im höchsten Grad egozentrisch, ohne Mitleid gegen arme, hilflose Kranke, unrein, unappetitlich beim Essen; häufig ist sie verstimmt, bringt unsinnige hypochondrische Klagen vor (sie spüre einen Ausschlag in den Lungen von einer Blutvergiftung etc.). Das psychische Gesamtbild zeigt unzweifelhaft eine vollkommene Verwandlung der früheren psychischen Persönlichkeit, die sowohl in ihrer intellektuellen als auch gemütlichen Sphäre einen deutlichen Grad geistiger Abschwächung zeigt.

Ich habe den letzten Fall kurz angeführt, um zu zeigen, daß auch bei ausgesprochen hysterisch degenerativer Psychopathie (degeneratives Irresein) akute Psychosen interkurrent auftreten können, die in das Gebiet der Dementia praecox gehören und eine wesentlich schlechtere Prognose haben, als die so häufigen transitorischen Psychosen mit meist ängstlich paranoider Färbung, die dem Boden psychischer Degeneration entspringen, indem diese letzteren Geistesstörungen fast ausnahmslos in kurzer Zeit abklingen, ohne irgendwelche psychische Defektsymptome außer den schon früher vorhanden gewesenen Stigmen psychischer Degeneration zu hinterlassen. In unserem Falle sehen wir dagegen nach Ablauf der akuten Psychose eine ausgesprochene intellektuelle und insbesondere „thymo-psychische" Abschwächung Platz greifen, wie es eben bei Dementia praecox die Regel ist. Seit langem ist ebenso bekannt, daß sich auf dem Boden eines angeborenen Schwachsinns eine Dementia praecox entwickeln kann.

Der zweite in diese Gruppe hereingehörige Fall ist kurz folgender:

Fall 9. R. F., 25 Jahre alt, katholisch, verheiratet, ist hereditär belastet. Vater: Potator, Mutter sehr nervös, ein Verwandter mütterlicherseits Epileptiker. Als Kind war Patientin immer kränklich; mittelmäßige geistige Veranlagung und Fortschritte in der Schule; erstes Auftreten der Menstruation im 12. Lebensjahre. Erste Entbindung im Alter von 18 Jahren, in den letzten Jahren gehäufte Wochenbetten. Seit Kindheit leidet die Kranke angeblich an Schwindelanfällen und Kopfschmerzen.

Der Lehrer mußte sie öfters von der Schule nach Hause schicken, weil sie ohnmächtig wurde. Auch über Parästhesien im Rücken und in den Beinen hatte Patientin öfters zu klagen. Ihrem Naturelle nach war sie immer sehr furchtsam und schreckhaft, litt an unruhigem Schlafe und schlechten Träumen. Beim Einschlafen hatte sie oft das Gefühl, als ob sie irgendwo tief herunterfiele und wachte vor Schrecken darüber auf. Die Kranke gibt selbst zu, sehr empfindsam und reizbar zu sein. Seit drei Jahren, wahrscheinlich infolge der gehäuften Entbindungen, leidet Patientin an ausgesprochenen nervösen „Anfällen“: es überkomme sie plötzlich ein Angst- und Schwindelgefühl, von einem universellen Zittern des Körpers begleitet, dabei bestehen starke Kopfschmerzen und eigentümliche Sensationen im Halse, als ob etwas heraufsteigen würde; manchmal soll Patientin nach solchen Anfällen kurze Zeit verwirrt gewesen sein. Zeitweise stellte sich bei der Kranken, auch unabhängig von den geschilderten Anfällen, ein plötzlich auftauchender Drang zum Entweichen ein. Bei diesem Triebe, davonzulaufen, traten auch unmotivierte Angstzustände und eine innere Unruhe bei der Kranken auf; häufige Verstimmungszustände.

In der letzten Zeit, seit Sommer 1906, allmähliche Zunahme der geschilderten psychopathischen Symptome und Auftreten ausgesprochener Wahnideen. Sie meinte immer, der böse Feind stelle ihr und ihren Kindern in der Gestalt eines Vogels nach; nirgends fand die Kranke Ruhe, riß in ihrer Angst oft die Fenster auf und wollte hinunterspringen. Beim Examen in der hiesigen Anstalt ist Patientin ganz klar, geordnet, sogar einsichtig für ihre krankhaften Ideen, aber deutlich psychomotorisch gehemmt und traurig verstimmt; keine intellektuelle Abschwächung, keine katatonen Symptome. Schon in den nächsten Tagen aber nach der Aufnahme in die Irrenanstalt tritt bei der Kranken ausgesprochener Negativismus hervor; sie wehrt sich sinnlos gegen alle Maßnahmen, verweigert die Nahrung und verfällt in eine charakteristische Apathie und Interesselosigkeit gegen alles, ohne verwirrt oder von fixen Wahnideen beherrscht zu sein; auch der weitere Verlauf der Psychose (ausgesprochener Stupor, Negativismus, Stereotypien) bestätigt die Annahme, daß wir es im vorliegenden Fall ebenfalls mit einer Dementia praecox (Katatonie) zu tun hatten, deren Symptome sich ganz unmerklich aus den psychopathischen Störungen der psychischen Degeneration heraus entwickelten.

Ich habe diese beiden zuletzt angeführten Fälle kurz erwähnt, um daran zu erinnern, daß man selbst bei ausgesprochen degenerativer Psychopathie und hysterischen Antezedenzien nicht jede psychische Störung auch a priori als

hysterische auffassen darf, sondern in solchen Fällen nicht so selten auch von Psychosen anderer Natur (Dementia praecox) überrascht werden kann.

Die einzelnen, das in Rede stehende Thema — Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox — beleuchten sollenden Fälle wären hiermit kasuistisch kurz angeführt. Wir haben dabei gesehen, daß es einerseits Psychosen gibt, die im Beginne hysteriforme Züge bei Mangel hysterischer Antezedenzien, weiterhin aber den Verlauf einer Dementia praecox zeigen, und daß wir andererseits auch bei degenerativ-hysterischen Psychopathien akute Psychosen vom Charakter einer Dementia praecox beobachten können.

Zusammenfassend möchte ich meiner Ansicht über den Zusammenhang und die eventuelle Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox in folgenden Sätzen Ausdruck verleihen:

1. Die eigentlichen hysterischen Psychosen (Aequivalent-Psychosen, postparoxysmale Störungen, Raptus hystericus, akute paranoide Zustandsbilder, chronische hysterische Psychosen) sind im allgemeinen im Vergleiche zu dem häufigen Auftreten der Dementia praecox gerade im Pubertätsalter selten; nach dem 25. Jahre nehmen die hysterischen Psychosen nach unserer Erfahrung wieder an Häufigkeit zu.

2. Jede akut oder subakut einsetzende Psychose mit hysteriformen oder neurasthenischen Zügen, die bei einem früher ganz gesunden Patienten ohne degenerative Veranlagung und ohne hysterisch-neurasthenische Antezedenzien auftritt, ist einer Dementia praecox verdächtig, besonders dann, wenn ein stuporöser Zustand oder tobsuchtsartige Erregung die Szene eröffnet (Katatonien).

3. Eine eigentliche Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox ist sehr oft im Beginne einer derartigen hysteriformen Psychose nicht zu stellen, weil bei beiden Gruppen von Geistesstörungen, wenigstens im ersten Verlaufe der Psychose, rein funktionelle Störungen (Willensstörungen) allein vorkommen können, ohne deutlich hervortretende Demenz oder psychische Dissoziationserscheinungen.

Ich möchte aber trotzdem nicht, wie früher erwähnte

Autoren, von Mischformen zwischen Hysterie und Dementia praecox sprechen, sondern den prinzipiellen, qualitativen Unterschied zwischen beiden Arten von Psychosen aufrecht erhalten, wohl aber mit dem Zusatze, daß eben auch rein funktionelle psychische Störungen gelegentlich einen Verblödungsprozeß einleiten können, welche Symptome uns dann später nach Manifestwerden der Dementia praecox retrospektiv gewissermaßen die Uebergangsformen zwischen Hysterie und Verblödungsprozessen darstellen könnten; in dem einen Falle (Hysterie) bleibt es aber immer bei diesen rein funktionellen, psychogenen Störungen, in dem anderen Falle dagegen zeigt sich rasch nach einem psychogenen Vorstadium der wahre Charakter der Psychose in dem Auftreten von Demenzerscheinungen und in dem Zerfall der psychischen Einheitlichkeit.

4. Bezüglich der mit neurasthenischen Symptomen beginnenden Dementia praecox-Fälle wäre noch speziell auf die meist schon im Anfange der Psychose zu beobachtende leichte Apathie und auf die auffallende, mit dem ganzen Wesen eines wirklichen Neurasthenikers in Kontrast stehende Interesselosigkeit am eigenen Krankheitsbilde zu achten und das Vorhandensein dieses Symptomes differentialdiagnostisch als für einen Verblödungsprozeß sprechend zu verwerten.

Depressiv-paranoide Verlaufsform der Dementia praecox.

Wir wollen nun weiter fortfahren in der Schilderung anderer klinischer Verlaufsarten der Dementia praecox. Ich habe bis jetzt kurz besprochen und angedeutet folgende klinische Verlaufstypen und Zustandsbilder der Dementia praecox:

a) Dementia simplex (im Sinne von Diem): einfache Verblödung ohne begleitende psychotische Symptome, ein Gegenstück zur einfach dementen Form der Paralyse.

b) Hebephrenie im engeren, eindeutigen Sinne: pseudomanisches Bild mit schwachsinnigen Zügen, eigentümlich läppisches kindisches Gebaren, Neigung zu allerlei dummen Streichen,

nörgelnd-querulierendes Wesen, keine Verwirrtheit, keine Wahnideen oder Halluzinationen.

c) Katatonie: ausgesprochene katatone Motilitätssymptome (Stupor, Negativismus, Stereotypien, Katalepsie, Willensstörungen, unsinnige verschrobene Querhandlungen, Suggestibilität im Handeln mit Echopraxie und Befehlsautomatie); keine oder nur ganz vorübergehende Wahnideen oder Stimmungsanomalien, fehlende oder nur vereinzelte Halluzinationen, keine symptomatisch-psychotischen Zustandsbilder. Ich fasse hierbei, wie erwähnt, die Bezeichnung Hebephrenie und Katatonie in viel engbegrenzterem Sinne im Gegensatze zu Kraepelin auf, der unter seiner Hebephrenie und Katatonie alle möglichen psychischen Zustandsbilder subsumiert (paranoide Formen, melancholische, amentiaähnliche Zustandsbilder).

d) Alle mit ausgesprochenen, symptomatisch auftretenden Psychosen einhergehenden Fälle von Verblödungsprozessen bezeichne ich am liebsten mit der allgemeinen Diagnose Dementia praecox, wobei mit einer kurzen Zusatzbemerkung zu dieser das betreffende Zustandsbild des einzelnen Falles noch näher determiniert werden kann. So habe ich z. B. bereits eine Dementia praecox, verlaufend unter dem Bilde eines akuten depressiven Wahnsinns, und eine Dementia praecox mit hysteriform-neurasthenischen Zügen kurz besprochen. Auf die Fälle von Dementia praecox, die unter dem symptomatischen Bilde eines akuten depressiven Wahnsinnes beginnen und verlaufen, muß ich noch mit einigen Worten ergänzend zurückkommen und werde mir wegen der Häufigkeit und Wichtigkeit speziell dieser Verlaufsform erlauben, weiter unten einige Paradigmata für derartige Krankheitsfälle folgen zu lassen.

Wie schon erwähnt, stellen diese letzteren vielleicht das Hauptkontingent zu den Verblödungsprozessen überhaupt, besonders bei Frauen. Der gewöhnliche Verlauf derartiger Psychosen ist kurz folgender: Die Patienten erkranken akut oder subakut an paranoiden Wahnideen und Halluzinationen, wobei Gehörstäuschungen entehrenden und persekutorischen Inhaltes überwiegen, und an konsekutiver, depressiver Verstimmung; oft treten hochgradigste Angstzustände mit Selbstmordtrieb auf. Nach kürzer oder länger dauerndem derartigen psychotischen

Vorstadium (akuter depressiver Wahnsinn) kommen nun Symptome geistiger Abschwächung zur beobachtung, die zu einer Art von Schwachsinn führen, der die Charakteristika des bei Dementia praecox zu Beobachtenden an sich trägt. Bei dem allmählichen Uebergange des depressiv-paranoiden Zustandsbildes in den eben erwähnten geistigen Schwächezustand schiebt sich nicht so selten ganz unerwartet ein Stupor ein oder es gewinnen andere katatone Züge im Krankheitsbilde die Oberhand.

Das Zustandsbild, von welchem wir sprechen, ist gewiß jedem Psychiater aus eigener Erfahrung bekannt, und auch in der neuesten Literatur finden wir speziell von Fuhrmann und Stransky derartige ähnliche Fälle klinisch zusammengefaßt zu einer eigenen Krankheitsgruppe, die der eine als akute juvenile Verblödung, der andere als Dementia tardiva bezeichnet, wobei beim letzteren Ausdrucke das Wort „tardiv" wohl nicht auf den Beginn der Psychose, die auch nach Stransky akut oder subakut einsetzt, bezogen werden dürfte, sondern hiermit eben die vom Autor hervorgehobene Tatsache wahrscheinlich angedeutet werden soll, daß seine Fälle meist Patienten in vorgerücktem Alter (IV. Jahrzehnt) betrafen.

Stransky faßt unter seiner Dementia tardiva Fälle zusammen, die akut oder subakut entweder mit einem rein halluzinatorischen oder melancholisch-paranoiden Zustandsbilde beginnen, wobei in kürzester Zeit aber Zeichen psychischer Schwäche im Krankheitsbilde die führende Rolle übernehmen. Es treten bei den betreffenden Kranken zahlreiche Halluzinationen, einzelne Wahnelemente persekutorischen Inhaltes und lebhafte, meist depressive Affektbewegungen auf, so daß das ganze Zustandsbild sehr an eine alkoholische Halluzinose erinnert; in einzelnen Fällen beginnt die Psychose mit depressiver Verstimmung, Angstzuständen und Kleinheitsideen, also einem melancholischen Zustandsbilde, in dessen weiterem Verlaufe aber ebenso wie in den paranoid gefärbten Fällen rasch psychische Defektsymptome in Erscheinung treten. Stransky gibt weiter in seiner Arbeit selbst zu, daß nur graduelle Unterschiede zwischen seiner Dementia tardiva und der Dementia praecox Kraepelins bestehen; er hebt ausdrücklich die nahe

Verwandtschaft dieser Krankheitsfälle mit der Kraepelinschen Psychose hervor und stellt es schließlich dem einzelnen frei, die Dementia tardiva als gesonderte, eigene klinische Krankheitsgruppe oder nur als Appendix zur Dementia praecox aufzufassen. Ich glaube nun, so sehr das Verdienst auch lobend anzuerkennen ist, speziell auf diese Verlaufsform bestimmter Psychosen, die fast immer in einen von der Dementia praecox nur graduell verschiedenen geistigen Schwächezustand übergehen, aufmerksam gemacht zu haben, so wenig kann man einen Grund dafür finden, für diese Fälle einen eigenen Namen zu prägen und sie so ihrem Mutterboden (Dementia praecox) gewaltsam zu entreißen. Graduelle Unterschiede des psychischen Schwächezustandes bestehen ja auch in den meisten anderen Fällen von Dementia praecox, wenn man den Endausgang der verschiedenen Psychosen untereinander vergleicht. Ich möchte also auch die von Stransky mit dem Namen Dementia tardiva bezeichneten Fälle als eine und zwar häufige und wichtige Untergruppe der zahlreichen Verlaufsweisen der Dementia praecox auffassen; auf demselben Standpunkte stehe ich bezüglich der akuten juvenilen Verblödung Fuhrmanns. Der letztere Autor schildert in seiner Arbeit Fälle, die ebenfalls im Beginne das Bild eines akuten Alkoholwahnsinnes (Halluzinose) zeigen; es treten Halluzinationen, vorwiegend Gehörstäuschungen, Angstzustände und paranoide Ideen mit Erklärungswahn im Sinne fremder Beeinflussung und physikalischer Beeinträchtigung auf; auch Größenideen halluzinatorischen Ursprunges kommen vereinzelt vor; nach drei bis vier Wochen geht die Psychose gewöhnlich in einen stuporösen Zustand mit dem Endausgange in Demenz über. Alkoholabusus ist nach Fuhrmann in der Aszendenz fast immer nachweisbar. Auch diese Fälle drängen nach meiner Meinung nicht dazu, eine neue klinische Einheitsgruppe mit besonderem Namen aufzustellen, sondern lassen sich, ohne den klinischen Erscheinungen Zwang anzutun, als in den Rahmen der Dementia praecox gehörig auffassen. Ich werde Gelegenheit nehmen, an der Hand von Krankengeschichten zu zeigen, daß es bei dieser Untergruppe der Dementia praecox, die ich nach den dominierenden Zustandsbildern als depressiv-paranoide Form der Dementia praecox

am besten bezeichnen möchte, eine Reihe von Uebergangsformen gibt, von dem reinen depressiven Wahnsinn zu paranoiden Formen einerseits, zu Halluzinosen und Angstpsychosen andererseits. Bei allen derartigen Psychosen finden wir einen nahezu gleichartigen charakteristischen psychischen Schwächezustand als Endausgang der Geistesstörung, wie wir ihn sonst auch bei anderen Formen der Dementia praecox zu sehen gewöhnt sind. Besonders die paranoid hypochondrischen Formen mit depressiver Verstimmung und häufig zu beobachtendem neurasthenischem Vorstadium werde ich weiter unten durch spezielle Fälle näher beleuchten. Alle diese Verlaufsformen der Dementia praecox haben das Gemeinsame, daß Wahnideen, Verstimmungen und Halluzinationen im Krankheitsbilde eine wesentliche Rolle spielen, wobei allerdings einmal dies, einmal das andere psychopathische Symptom überwiegt und somit der Geistesstörung bald mehr den Charakter einer affektiven Angstpsychose oder Melancholie, bald mehr den einer paranoiden Psychose verleiht; ausgesprochene primäre Verwirrtheit ist den in Rede stehenden Krankheitsbildern fremd. Derzeit werden, wie schon eingangs erwähnt, die meisten der hierher gehörigen Krankheitsfälle noch als Amentia diagnostiziert, obwohl, wie gesagt, niemals die Orientierungsfähigkeit dieser Kranken leidet. Kraepelin selbst scheint ähnliche Fälle unter seinem Sammelnamen Katatonie und Hebephrenie zusammenzufassen. Ich habe mich schon oben darüber geäußert, warum ich mich mit einem so vieldeutigen Begriffe von Katatonie und Hebephrenie, die für mich nur ganz bestimmte Verlaufsarten der Dementia praecox darstellen, niemals einverstanden erklären könnte; ich meine vieldeutig in dem Sinne, daß wir mit der Diagnose Katatonie und Hebephrenie Kraepelins bezüglich des eigentlichen psychotischen Verlaufes und des momentanen Zustandsbildes der Geistesstörung keine eindeutige Vorstellung verbinden können, was ich als mit dem eigentlichen Zwecke einer Diagnosenstellung nicht vereinbar ansehen muß.

Nun will ich zur Schilderung meiner diesbezüglichen Fälle übergehen:

Fall 10 (depressiv-paranoide Form der Dementia praecox, Zustandsbild des akuten, depressiven Wahnsinnes).

A. T., 35 Jahre, evangelisch, verheiratet. Das polizeiärztliche Parere besagt, daß Patientin laut Angabe des praktischen Arztes an „Inanitionsdelirien“ erkrankt sei. Der Bruder der Patientin gibt an, daß sie vor 14 Tagen entbunden habe, vor drei Tagen von ihrem Manne fortgegangen sei, weil sie meinte, ihr Gatte habe ihr Gift ins Essen gegeben. Sie sei nachts unruhig, tagsüber oft verworren, erklärt, ihr sei nicht mehr zu helfen, jammert, daß ihre Kinder nun auch vergiftet seien, ißt nichts, macht Fluchtversuche, will sich zum Fenster hinunterstürzen. Bei der ärztlichen Untersuchung durch den Polizeiarzt geht Patientin ruhelos im Zimmer auf und ab, erklärt: „ihr Stiefsohn habe ihr etwas wie Feuer in die Milch gegeben, selbst die Kirschen, die man ihr vorsetzte, seien vergiftet gewesen. Sie sei wiederholt ohnmächtig geworden, zweifellos durch Einwirkung ihres Gatten . . . . . .“.

Patientin befindet sich in einem förmlichen Verzweiflungsaffekte, weint und jammert, schreit fast ununterbrochen: „O mein Gott, mein Gott, meine armen Kinder!“ Bei der Aufnahme am B. Z. ist die Kranke zuerst ruhig apathisch, macht den Eindruck der Erschöpfung, örtlich gut orientiert. Sie meint, „sie sei im Kopfe verwirrt, könne sich an gar nichts erinnern; sie glaube, durch das Gift des Mannes sei auch jetzt ihr ganzes Blut vergiftet, sie sehe das an den Adern der Hand“. Die Kranke ist ängstlich deprimiert, körperlich abgemagert, blaß; Entzündung der rechten Mamma. Mit der Diagnose Amentia puerperalis wird Patientin unserer Anstalt vom B. Z. zugeführt. Bei der Ankunft in der Kierlinger Anstalt, 4. August 1905, sieht Patientin sehr erschöpft und anämisch aus, ist ängstlich und mißtrauisch; nachts bekommt sie einen Erregungszustand, anscheinend durch Angst und Halluzinationen bedingt; Patientin ringt die Hände, weint und jammert: „verbrannt zu werden sei schrecklich, sie habe ihre Kinder verlassen, jetzt müsse sie ihre Schuld dafür büßen“; tagsüber ganz verzweifelt, kratzt an den Wänden, halluziniert lebhaft, besonders ängstliche Gehörstäuschungen, produziert Selbstanklagen.

Anamnestisch angeblich keine hereditäre Belastung; später wurde in Erfahrung gebracht, daß die Mutter der Patientin eine ausgesprochene Psychopathika mit Neigung zu paranoiden Ideen ist. Beim Examen ist Patientin klar und geordnet, nach längerer Unterredung aber matt und erschöpft; sie ist ausgesprochen depressiv verstimmt, spricht leise, zögernd, zweifelnd; letzte Entbindung Mitte Juli 1905. Patientin stillte das Kind selbst; nach einigen Tagen aber schon wurde sie infolge zunehmender Schwäche zur Laktation untauglich; in den letzten Tagen vor ihrer Internierung trat eine in Eiterung übergehende Mastitis auf. Gegen Ende Juli sei sie ängstlich und im Kopfe ganz verloren geworden; sie

konnte nicht mehr recht denken. Auch während des Examens erzählt die Kranke unzusammenhängend, nestelt nervös an ihrem Gewande herum, zeigt ängstlich-weinerlichen Gesichtsausdruck und hält an ihren paranoiden Ideen fest; nachts kam es ihr öfters vor, als ob sie gar nicht zu Hause wäre, alles war so verändert, so dumpf, alles ohne Luft, als ob sie eingesperrt wäre, ein schreckliches Gefühl quälte sie, sie war in einem Zustande wie nie zuvor. Patientin zeigt sich örtlich und ebenso über ihre momentane Situation gut orientiert, zeitlich dagegen nur mangelhaft, sie ist schwer besinnlich, hat ein dunkles Krankheitsgefühl und das Empfinden psychischer Insuffizienz; keine Intelligenzstörungen, keine katatonen Symptome. In den nächsten Tagen der klinischen Beobachtung äußert Patientin Selbstbeschuldigungen und Kleinheitsideen; „sie sei krank geworden durch ihr leichtsinniges Leben, sie habe ihren Mann und ihre Kinder unglücklich gemacht durch Selbstbefleckung. Wenn sie ihr Mann vergiftet hätte, wäre es ohnehin für sie das beste gewesen, es wundere sie nur, daß überhaupt noch Aerzte zu ihr kommen . . . . .“. Patientin leidet an ängstlichen Halluzinationen bedrohenden Inhaltes, verfällt wiederholt in Verzweiflungsaffekte, weil sie glaubt, ihre Kinder müssen im allgemeinen Krankenhause verbrennen; es sei eben schrecklich, was sie getan habe. Die Stimmen sagen ihr, daß eine Frau von Würmern aufgefressen werde, daß sie Blutschande mit ihrem eigenen Bruder getrieben habe. In den nächsten Wochen ziemlich unverändertes Verhalten. Die Kranke weint, jammert um ihre Kinder, meint, sie habe alle unglücklich gemacht, verzerrt oft den Mund, verhält sich die Ohren infolge der massenhaften Halluzinationen, befühlt ihr Gesicht, weil es ihr so dick geschwollen vorkommt; es vergehen ihr ganz die Sinne, sie habe eine böse Ahnung, daß eines ihrer Lieben gestorben sei; dann fürchtet sie wieder, selbst verbrannt zu werden, glaubt, daß die Kinder verhungern müssen. In ihrem Verzweiflungsaffekte ruft Patientin oft plötzlich jammervoll um Hilfe, ringt die Hände, wirft sich zu Boden, halluziniert lebhaft und scheint besonders auch an massenhaften Gemeingefühlstäuschungen zu leiden (sie werde gemartert). Patientin produziert immer neue Selbstanklagen, ist aber dabei gegen die Pflegerinnen, die sie alle gut kennt, barsch und abweisend, beschimpft sie, weil die Kranken durch die Wärterinnen nur angelernt werden, gegen sie (Patientin) Gesichter zu schneiden, sie überall zu beobachten und auszulachen; alle gehen nur ihretwegen hier herum, überall werde sie belauscht. Die Kranke ist ängstlich, hört immer über sich sprechen; „die eine sagt es der anderen ins Ohr, sie habe alles mögliche begangen“. Wenn andere Patientinnen weinen oder sich ängstlich geberden, meint die Kranke, das sei nur eine Verstellung, nur

eine Komödie. Ende September 1905 sind die akuten Krankheitssymptome im Abklingen. Patientin ist ruhiger, ja zeitweise ganz apathisch, labil in ihrer Stimmung und hält an ihren paranoiden Wahnideen fest. Ab und zu noch ein Rückfall in ängstliche Erregung infolge Halluzinationen, die allerdings jetzt viel seltener sind. Im November 1905 treten bereits deutliche Zeichen psychischer Schwäche hervor. Patientin erzählt ohne weitere psychische Reaktion, ja oft mit einem albernen Lächeln von ihren paranoiden Ideen und vereinzelten Halluzinationen; sie lacht oft unmotiviert hell auf, um dann gleich wieder ebenso grundlos zu weinen, nimmt unvermutet, obwohl sie ganz klar ist, andern harmlosen Kranken das Essen weg und wird in ihrem ganzen Benehmen immer ungeordneter und läppischer. Gegen Neujahr 1906 ist die Demenz bereits deutlich manifest. Die Kranke produziert unter Lachen allerlei abrupte sinnlose Ideen, will ohne Grund zum jüdischen Glauben übertreten, bekommt oft förmliche Lachkrämpfe, ohne eigentlich einen Grund hierfür angeben zu können; sie putzt sich mit allerlei Fetzen und Bändchen auf; trägt ihre Haare theatralisch geordnet oder aufgelöst über das Gesicht herabhängend, verweigert oft grundlos die Nahrung und ist in diesen Zeiten fast vollkommen abweisend. Zeitweise äußert sie hypochondrische Ideen und scheint noch an Gemeingefühlstäuschungen zu leiden. Nachts werde ihr etwas auf den Kopf geschüttet, daß ihr die Sinne verwirrt werden, sie wolle deshalb die Haare abgeschnitten haben. Katamnestisch erzählt Patientin von ihren furchtbaren Angstvorstellungen, die sie fortwährend gequält haben; sie glaubte, hier seien lauter Pestleichen, eine Revolution sei ausgebrochen, ihre Kinder werden verbrannt oder lebend eingemauert, sie selbst werde umgebracht. Patientin liegt oft stundenlang beschäftigungslos am Boden herum, hält an einzelnen Wahnfragmenten fest; nachts ist sie oft unruhig, äußert, das Blut fließe ihr vom Kopfe, aufs Gehirn habe sie einen Schlag bekommen, es zergehe jetzt, das spüre sie an ihren Kopfschmerzen . . . .". Alle die absurden hypochondrischen Ideen äußert die Kranke aber ohne jede psychische Reaktion; ab und zu treten noch explosive Erregungszustände auf. Im ganzen ist eine deutliche Dissoziation und Inkoordination der Thymo- und Noopsyche (Stransky) erkennbar; die Kranke ist geistig und gemütlich stark abgeschwächt und wird nach ungefähr einjähriger Beobachtungszeit ungebessert gegen Revers entlassen.

Wenn wir nunmehr den Verlauf der Psychose kurz überblicken, so begann dieselbe mit ängstlichen bedrohlichen Gehörstäuschungen und Geschmackshalluzinationen, mit korrelaten, depressiven, allerdings mehr labilen und nicht eigentlich

systematisierten Wahnideen, Verstimmungs- und Angstzuständen; dabei treten schon im Beginne der Geistesstörung auch paranoide Elemente (Vergiftungs- und Beziehungswahn) auf, die ebenso auch im weiteren Verlaufe nie ganz fehlen; sekundär kommen dann pseudomelancholische Symptome im Sinne von Selbstbeschuldigungen und Kleinheitsideen zur Beobachtung; keine primäre Verwirrtheit (ataktische Inkohärenz Stranskys). Wichtig erscheint es nur bei diesem Falle hervorzuheben, daß im Beginne der Psychose sicher Erschöpfungssymptome körperlicher und geistiger Natur (gewisser Grad von Hemmung, Anämie, allgemeine Schwäche und Mattigkeit etc.) nachzuweisen waren, die im Vereine mit den zahlreichen, verwirrend wirkenden Sinnestäuschungen bei der Patientin zeitweilig einen leichten Verworrenheitszustand vortäuschten, ohne daß von einer Amentia natürlich die Rede sein konnte. Erschöpfende Momente finden wir überhaupt nicht so selten bei Fällen von Dementia praecox, speziell leichtbegreiflicherweise bei Puerperalpsychosen. Der in unserem Falle resultierende geistige Schwächezustand entspricht ganz dem Bilde des Demenzstadiums einer Dementia praecox. In der eben kurz besprochenen Psychose sind Affektstörungen und Halluzinationen mit korrelaten, labilen, depressiven Wahnideen im Vordergrunde des Krankheitsbildes, solange wir das akute Stadium der Psychose im Auge behalten; melancholische und paranoide Züge sind nur als Begleiterscheinungen der Geistesstörung zu konstatieren. Ich möchte daher diese Fälle, deren ich noch eine Menge anführen könnte, nach den vorherrschenden Symptomen der depressiven Wahnideen und Halluzinationen bei Abwesenheit einer primären Verwirrtheit als akuten, depressiven Wahnsinn zusammenfassen und möchte sie nach unserer Erfahrung als eine wichtige Verlaufsform der depressiv-paranoiden Dementia praecox anführen, nachdem diese Geistesstörungen, soweit unsere Beobachtung reicht, fast regelmäßig in einen für Dementia praecox charakteristischen Schwächezustand übergehen. Bei einer anderen Gruppe von Fällen stehen primäre Angstzustände meist ziemlich unabhängig von Halluzinationen im Vordergrunde des Krankheitsbildes, bei noch anderen wieder mehr melancholische Zustände (Selbstbeschuldigungen, Kleinheitsideen) und bei einer

dritten Reihe endlich beherrschen vom Beginne der Erkrankung an paranoide, hypochondrische Symptome oder massenhaft auftretende Halluzinationen die Szene. Als weitere Paradigmata der eben besprochenen Gruppe von Dementia praecox-Fällen mögen hier noch in Kürze folgende Krankheitsbilder Platz finden:

Fall 11 (depressiv-paranoide Form der Dementia praecox unter dem Zustandsbilde einer Pseudo-Melancholie)..

M. M., 30 Jahre alt, katholisch, verheiratet, stammt aus gesunder Familie, ist seit Juli 1903 psychisch erkrankt. Sie ist aufgeregt, rechthaberisch, litt an Labilität der Stimmung und zeitweise auftretenden Weinkrämpfen, klagte dabei viel über Kopfschmerzen. Seit einigen Tagen (Ende Juli) ängstlich, beschuldigt sich des Ehebruches, wollte vom dritten Stockwerke hinabspringen. Bei der Untersuchung durch den Polizeiarzt fürchtet die Kranke jeden Augenblick erschlagen zu werden, bittet um Verzeihung und beteuert, immer brav gewesen zu sein. Der Mann der Patientin gibt an, daß die Kranke ihn schon zu Hause wegen eingebildeter sexueller Untreue um Verzeihung bat. Letzte Entbindung im Mai 1903. Bei der Ankunft am B. Z. ist die Kranke unruhig, kniet weinend nieder, ist ängstlich, traurig verstimmt, hört die Stimme ihres Mannes und Kindes, frägt, ob sie schon sterben müsse; dabei hat die Orientierungsfähigkeit der Kranken nicht gelitten. Während der Beobachtungszeit am B. Z. ist Patientin immer ängstlich, betet fort, wird zeitweise hochgradig erregt, drängt hinaus, hört, wie ihr Kind mißhandelt wird, äußert Selbstmordgedanken. Gespräche, die sie von der Umgebung hört, bezieht sie auf sich. Die Kranke will sterben, erklärt mit leiser zitternder Stimme, sie verstehe jetzt erst ihre große Sünde. In unsere Anstalt wurde die Kranke am 12. September 1903 mit der Diagnose „Melancholie" überbracht. Beim Aufnahmsstatus war Patientin depressiv verstimmt, dabei aber klar und orientiert, erzählte, daß sie seit Wochen nirgends Ruhe und Rast fand, nicht recht schlafen könne; dabei produziert Patientin Selbstbeschuldigungen, ist ängstlich gehemmt, weint und betet meist leise vor sich hin. Krankheitsverlauf in der ersten Zeit ein ziemlich einförmiger, im ganzen und großen einer Melancholie mit ängstlichen depressiven Halluzinationen entsprechend. Aber schon nach einigen Monaten treten in dem Krankheitsbilde suspekte Symptome auf. Patientin ist oft unmotiviert heiter, lacht ohne Grund, gibt läppische Antworten, zeigt zeitweise ungeordnetes Benehmen, schüttet das Essen aus, zieht sich nackt aus und legt sich so auf den Fußboden; über Fragen erklärt sie: „Sie tue das alles, weil man sie sekiere." Plötzliche Erregungszustände, in denen die Kranke

Fenstertafeln zerschlägt, gegen ihre Umgebung aggressiv wird, kommen zur Beobachtung. Stundenlang steht die Kranke dann wieder in einem Winkel, starrt vor sich hin oder lacht zu sich selbst, zeigt sich ganz interesselos für Umgebung und Außenvorgänge; zeitweise reagiert Patientin sehr energisch auf bestehende Sinnestäuschungen: „Sie lasse sich nicht beleidigen, man solle nicht mit ihr spielen, niemand könne sie zwingen, eine Hure abzugeben, sie gebe ihre Ehre nicht preis." In ihrem Aeußeren ist Patientin unrein, nachlässig. Das Verhalten der Kranken bleibt in den nächsten Monaten ziemlich unverändert. Meist verhält sie sich ganz mutazistisch unzugänglich, oft wird sie plötzlich erregt, schreit und schimpft verwirrt, schlägt auf den Nächstbesten zu und verfällt dann wieder in ihr früheres ängstlich gehemmtes Verhalten. Stundenlang sitzt Patientin zusammengekauert im Bette, zeigt ausgesprochenen Negativismus, führt leise unverständliche Selbstgespräche, fängt plötzlich durchdringend zu schreien an, verweigert zeitweise die Nahrung, hält sich oft stundenlang die Hände vors Gesicht. In den folgenden Jahren 1905 und 06 zeigt die Kranke unverändert den gleichen psychischen Schwächezustand.

Die eben in Kürze geschilderte Psychose zeigt im Beginne und im ersten Verlaufe ein melancholisches Zustandsbild: Angstaffekt, traurige Verstimmung, leichtgradige Hemmung, Selbstanklagen und Halluzinationen; nach kurzer Zeit treten aber Dissoziationserscheinungen, Zerfall der psychischen Einheitlichkeit auf und ein charakteristischer geistiger Schwächezustand tritt zutage. Im wesentlichen können wir hier eigentlich dieselben Krankheitssymptome konstatieren wie in früheren Fällen, nur daß die affektive Störung hier deutlicher und selbständiger zur Geltung kommt. Scharfe Grenzen im Sinne einer Melancholie als rein affektiver Störung und eines halluzinatorischen Wahnsinnes sind bei diesen Fällen überhaupt nicht zu ziehen.

Fall 12 (depressiv-paranoide Form der Dementia praecox unter dem Zustandsbilde eines akuten depressiven Wahnsinnes).

J. S., 28 Jahre alt, katholisch, ledig, hereditär nicht belastet. Beginn der Psychose akut im April 1903. Patientin begann plötzlich zu jammern und zu klagen, sie sei von allen verlassen, müsse verhungern; dabei bestehen schon im Beginne der Erkrankung Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Patientin sieht schwarze Gestalten, Teufel kommen, um sie zu holen; Angstgefühle, Nahrungsverweigerung, gestörter Schlaf. Bei der ärztlichen Untersuchung

weint Patientin fortwährend, jammert nach ihren Eltern. Bei der Aufnahme in unsere Anstalt ist Patientin depressiv verstimmt, erzählt, daß sie beständig die Drohung hörte, ihr Vater werde umgebracht, und dieses Stimmenhören habe sie so ängstlich und nervös gemacht. Die Kranke äußert Beziehungsideen, meint, die Leute hier lachen sie aus. Die Menses traten erst im 21. Lebensjahre zum erstenmal auf; während der Periode hatte Patientin immer über Druck im Herzen, Uebelkeiten und allgemeines Fröstelgefühl zu klagen. Seit zwei Monaten Sistieren der Menses. Seit mehreren Monaten Klagen über Kopfschmerzen, die sich besonders in einem Druckgefühl auf dem Hinterkopfe äußern. Die Patientin zeigt bei der psychischen Exploration eine gewisse Krankheitseinsicht; ihr jetziger Zustand habe vor ca. 14 Tagen mit allgemeiner nervöser Erregung und Schlaflosigkeit begonnen. Psychisches Trauma kurz vorher; unmittelbar danach schläft Patientin schlecht, schreckt nachts immer auf mit dem Gefühle, als ob sie jemand an der Brust packen würde, wird immer aufgeregter und schließlich kommt es ihr selbst vor, als ob sie eine andere Persönlichkeit geworden wäre. Sie verspürte oft Herzklopfen, es war ihr, als ob eine schwere Last auf ihrer Brust liegen würde. Traurige Gedanken kommen über sie, sie quäle sich damit ab, was mit ihr werden würde, wenn die Eltern nichts verdienen könnten, sie selbst krank würde. Patientin spricht ganz geordnet, ist vollkommen klar und orientiert. Sie wird in den nächsten Tagen sehr ängstlich, weint, ringt schluchzend die Hände, beteuert immer: „Sie habe nichts angestellt! werde aber immer unschuldig verdächtigt, von allen verachtet, nirgends werde sie geduldet, alle sprechen und schimpfen über sie . . . . .“. Die Kranke klagt auch über hypochondrische Sensationen: „Sie sei voll wie ein Bottich, wie aufgeblasen, sie müsse zerplatzen; das komme alles daher, weil man ihr das Essen nicht vergönne, es ihr hineinneide“. Dabei sporadisch Aeußerungen über Vergiftungsideen; auch ausgesprochene Kleinheitsideen werden von der Kranken vorgebracht; so sitzt sie im Garten am Boden herum mit der Begründung, für sie sei der nackte Boden auch gut genug. Zeitweise ängstliche Erregungszustände infolge paranoider Ideen. Sie lasse sich nicht immer auslachen und verachten, als dürfte sie die schlechteste Person der Welt sein; man habe ihr das Herz gebrochen, am liebsten möchte sie sterben, weil sie den andern gar nichts recht mache, es heiße, sie solle nichts essen, solle sich nicht niedersetzen, nicht sprechen, sie wisse schon selbst nicht mehr, was sie machen solle. Die Kranke verweigert das Essen manchmal mit der Motivierung, daß, wenn sie Nahrung zu sich nehme, alle anderen nichts essen, auch den Aerzten sei es nicht recht, wenn sie esse. Sie werde hier beschuldigt, daß alle Pa-

tienten ihretwegen eingesperrt seien; man erzähle verschiedenes von ihr, Tag und Nacht werde sie beschimpft; unternommener Selbstmordversuch. Tagsüber zieht sich Patientin von allem zurück, hält sich an verborgenen Orten auf. Die Kranke steigt auf die Fensterbrüstungen, will im Garten über die Gitter klettern, weil sie die fortwährenden Schimpfereien nicht mehr anhören könne. Nach mehrmonatigem Verlaufe der Psychose, die vom Anfange an durch Halluzinationen bedrohlichen Inhaltes, paranoide und hypochondrische Wahnideen mit sekundär ausgelöster, depressiver Verstimmung und ängstlichen Erregungszuständen und gelegentlich hervortretenden pseudo-melancholischen Wahnideen (Kleinheitsideen) gekennzeichnet war, zeigen sich bereits die ersten Zeichen psychischer Dissoziation und des Zerfalles psychischer Einheitlichkeit. Die Kranke erzählt oft mit lächelnder Miene von ihren beängstigenden Halluzinationen, leidet an furibunden Erregungszuständen, in denen sie sich zu Boden wirft, die Hände ringt, unartikuliert schreit und weint; die tiefe, früher mehr zutage getretene depressive Verstimmung verblaßt, während eine gewisse resignierte Apathie Oberhand gewinnt. Allerdings klagt Patientin noch über beschimpfende Stimmen, äußert Kleinheitsideen und Selbstbeschuldigungen, aber alles ohne eigentliche tiefergehende thymopsychische Reaktion. Die Kranke gewöhnt sich immer mehr und mehr an die Gehörstäuschungen, die sie früher in höchste Erregung versetzten. Patientin lacht oft vor sich hin, spricht leise zu sich, hört ihre Schwestern sprechen, die ihr Trost verkünden, hat allerlei unbestimmte Ahnungen; stundenlang liegt sie dann wieder apathisch auf den Bänken herum, versteckt ihr Gesicht in ihre Hände und lacht dabei. Die impulsiven Erregungszustände werden immer häufiger. Das Verhalten der Kranken schwankt zwischen negativistischem Mutazismus und den erwähnten Erregungszuständen, die teilweise noch immer durch beschimpfende Halluzinationen ausgelöst werden. In den letzten Monaten der Beobachtungszeit zeigt Patientin ein ganz ungeordnetes, zerfahrenes Verhalten, verkehrt meist mit niemandem, ist abweisend gegen die Aerzte oder lacht bei gestellten Fragen blöde vor sich hin, zeigt keinerlei Interesse für die Außenwelt.

Auch hier können wir, wie in den früheren Fällen von depressiv-paranoider Dementia praecox, durch den ganzen Verlauf der Psychose die Symptomentrias: ängstlich bedrohliche Halluzinationen, paranoid-hypochondrische Wahnideen und pseudo-melancholische Verstimmung konstatieren. Als Endausgang der Geistesstörung resultiert wieder der bekannte, für Dementia praecox charakteristische psychische Schwächezustand. Erwähnen möchte ich hier schon, daß in vielen Fällen von

paranoider Dementia praecox Erschöpfung vor dem Ausbruche und dem Beginne der Psychosen nachweisbar ist, man sich aber deshalb nicht verleiten lassen darf, eine Erschöpfungspsychose im Sinne einer Amentia zu diagnostizieren. Oft ist bei diesen Fällen ein eigentümlich zerfahrenes Wesen schon beim ersten Examen auffallend, das eine Verwirrtheit vorzutäuschen imstande sein könnte, während hauptsächlich Aufmerksamkeitsstörungen, Labilität der Stimmung, Neigung zu Antworten aufs Geradewohl, Inkoordination zwischen Vorstellung und Affektleben diese amentiaähnlichen Züge verursachen.

Nun mögen einige Fälle depressiv-paranoider Dementia praecox angeführt werden, in denen Angstaffekte oder Halluzinationen vom Anbeginne im Krankheitsbilde eine dominierende Rolle spielen, die also unter dem Bilde einer Angstpsychose oder akuten Halluzinose einsetzen:

Fall 13. A. N., 32 Jahre alt, katholisch, verheiratet; Mutter der Patientin jähzornig, reizbar, keine weitere hereditäre Belastung. Patientin war immer kränklich, von Jugend auf etwas „debil", litt an Bleichsucht, besuchte nur mit Unterbrechungen die Schule. Im April 1904 hatte sie einen heftigen Streit mit ihrer Schwester; es kam zu einer bezirksgerichtlichen Klage, die mit einer Verurteilung der Patientin zu drei Tagen Arrest endete. Seit dieser Zeit soll die Kranke in ihrem Wesen ganz verändert sein, wurde menschenscheu, fühlte sich sehr schwach, glaubte sich überall verfolgt, meinte, daß man ihr nach dem Leben trachte; die Kranke war schlaflos und litt an heftigen Angstzuständen. In der Fabrik seien ihr alle feindlich, zeigen mit Fingern auf sie, ein Gewehr werde auf sie angelegt, man wolle sie erschießen. Bei der Untersuchung durch den Bezirksarzt antwortet Patientin nur einsilbig, langsam, zögernd. Bei der Aufnahme in die Kierlinger Irrenanstalt im Juli 1904 erzählt Patientin geordnet und ruhig über ihre Krankheitserscheinungen und den Hergang ihrer Internierung. Nach Abbüßung der Arreststrafe (Pfingsten 1904) konnte sie weder schlafen noch essen, war immer in Todesängsten, daß sie jemand erschießen würde. Sie rührte sich deshalb allein gar nicht mehr aus dem Hause, glaubte, die Leute sehen sie von der Seite an, schimpfen und spotten sie aus. Nachts mußte sie überall in der Wohnung nachsehen, da sie die Angst quälte, es sei irgendwo ein Mann versteckt, der ihr nach dem Leben trachte. Seit einigen Tagen meint die Kranke, es gehe ihr besser. Sie habe jetzt wieder Appetit und Schlaf, sie sei frei von Angst und

sehe ein, daß alle ihre Ideen nur Einbildungen waren. Menses regelmäßig. Beim Examen war Patientin frei von Wahnideen und Halluzinationen, zeigte keine Angst- und Verstimmungszustände, war zeitlich und örtlich auch vollkommen orientiert. Die ersten 14 Tage ihres Aufenthaltes half die Kranke bei den Abteilungsarbeiten mit, war immer klar und geordnet, schlief ohne Nachtdienst. Mitte August 1904 wird die Kranke nun ganz unvermittelt und ohne äußeren Anlaß wieder ängstlich, weint viel, will über ihren Verstimmungszustand keine nähere Auskunft geben. Sie hält ängstlich mit jeder Aeußerung zurück, erklärt, sie traue sich nicht zu sprechen, müsse sich genieren, bittet grundlos alle um Verzeihung, wiederholt immer: „Sie werde ‚es‘ nicht mehr tun . . . .“ Erst in den nächsten Tagen macht Patientin einige aufklärende weitere Angaben: „Man halte sie hier zum Narren, vielleicht habe ihr Mann etwas über sie gesagt; über die Anspielungen und Verspottungen seitens der Umgebung kränke sie sich furchtbar . . . .“ Patientin weint, ist hochgradig ängstlich erregt. In den nächsten Tagen Zunahme des Angstaffektes; die Kranke ist ruhelos, wälzt sich im Bette umher, bittet jeden, ihr zu verzeihen, sie nicht umzubringen, es geschehe etwas Schreckliches mit ihr. Die Kranke betet und jammert fortwährend: „O Gott, steh mir bei!“ Dabei treten auch vereinzelte Halluzinationen auf; die Kranke sieht Verfolger, hört ihre Angehörigen weinen, sieht Lichterscheinungen, glaubt, sie werde erschossen. In ihrem Angstaffekte will sie Selbstmord begehen, würgt sich mit ihren eigenen Haaren, bittet, sie hier aufzuhängen, sie sei von furchtbarer Angst gequält, möchte beichten gehen, alles gestehen, wisse aber eigentlich nicht was; sie höre immer ihre Angehörigen schreien, es habe sie hier jemand verhext. Nachdem das eben kurz geschilderte ängstliche Zustandsbild etwa drei Wochen anhielt, kommt Patientin neuerdings in eine kurze Remission; der Angstaffekt, die Halluzinationen und Wahnideen verschwinden, Patientin wird ganz ruhig, äußerlich geordnet, zeigt aber nicht mehr das Bild geistiger Gesundheit. Sie ist interesselos, apathisch, kann ihren Angstaffekt retrospektiv gar nicht motivieren, lächelt bei diesbezüglichen Fragen nur einfältig, zeigt auch keine rechte Krankheitseinsicht. Anfangs Dezember 1904 erfaßt die Kranke wieder ganz plötzlich hochgradigste Angst: ihr Gesichtsausdruck ist wie verstört, sie ist sprachlos vor Schrecken, zittert am ganzen Körper, murmelt nur zeitweise leise vor sich hin, daß sie fürchte, umgebracht zu werden. Die Kranke kann ihre Angst und Befürchtungen in keiner Weise begründen. Sie wird wieder ganz schlaflos, äußert in den nächsten Tagen Vergiftungs- und sonstige paranoide Ideen, meint, die Leute schauen sie alle so eigentümlich an, man wolle sie umbringen. Nun treten auch wieder die früheren

bedrohlichen Halluzinationen auf: die Kranke hört ein Gewehr unter ihrem Bette laden und losschießen, hört wieder jammern und schreien, fürchtet, daß ihr die Augen ausgestochen, sie gemartert werde. Sie ahne ein bevorstehendes großes Unglück; sie werde bald in eine Nagelkiste hineingesteckt werden. Die Kranke ist in ihrer Angst ganz ratlos, schlägt mit dem Kopfe gegen die Bettkante, bittet immer um Verzeihung, dabei ist die Orientierungsfähigkeit immer erhalten. Ende September 1904 treten nun im Verlaufe der Psychose Erscheinungen auf, die sich mit dem Bilde einer gewönlichen Angstmelancholie nicht mehr vereinen lassen. Plötzlich wird das melancholische ängstliche Verhalten der Patientin von einem furibunden, zornigen Erregungszustande unterbrochen. Die Kranke schimpft und flucht über ihren alten Vater und ihre Angehörigen in den unflätigsten Ausdrücken („der Sauhund hätt' sich ertränken sollen, die Hacke hätt' ich nehmen sollen und dreinhau'n auf alle"); dabei gibt sie auch den Pflegerinnen alle möglichen Schimpfnamen, „weil sie jeden Tag warten, bis sie umgebracht wird . . . .". Schon in den nächsten Stunden nach dem Erregungszustande zeigt Patientin wieder das frühere ängstliche Zustandsbild. In den nächsten Tagen aber nimmt die Tiefe des Angstaffektes zusehends ab. Der Gesichtsausdruck der Kranken wird immer mehr stupid und leer; die Halluzinationen treten ganz in den Hintergrund. Beim Besuche ihres Mannes wird Patientin zwar aus ihrer monotonen Apathie wieder herausgerissen, gerät aber sofort in hochgradigste Erregung, rauft mit den Pflegerinnen, will auf den Mann losstürzen und den „Schuften" umbringen: weil er es mit einer anderen hält. Patientin würgt sich in ihrem Erregungszustande wieder mit ihren eigenen Haaren, zerschlägt Fenstertafeln, verlangt ein Messer, um sich Hände und Füße abzuschneiden, schreit wieder: „ihre Augen werden ausgestochen, ihr Körper werde zerfleischt." Nach dem Besuche wieder Steigerung des Angstaffektes; ängstlich-hypochondrischer Bedrohungswahn mit Selbstmordneigung. Patientin reibt sich in ihrem Angstaffekte die Arme blutig, wehrt sich bei jeder Maßnahme wie verzweifelt, schreit und jammert; monotone Angstvorstellungen, die immer wiederholt werden (sie werde umgebracht, gemartert, von allen werde sie bedroht, sie dürfe nicht essen). Gar keine oder demente Motivierungen: sie werde umgebracht, weil sie ein bestimmtes Gebet nicht zusammenbringe. Spontan ist Patientin zu dieser Zeit (Dezember 1904) meist regungs- und äußerungslos, antwortet auf Fragen nur immer mit derselben, in leisem, zögerndem Tone vorgebrachten Bitte: „Nach Hause möchte ich!" Somatisch sind vasomotorische Störungen zu beobachten: fliegende Schwellungen im Gesichte, Zyanose der Füße und Hände, raschschwindende

Knöchelödeme; im Urin kein Eiweiß. Ende Dezember 1904 und Januar 1905 ist eigentlich nur mehr eine interesselose Apathie im Krankheitsbilde vorherrschend. Der Angstaffekt ist fast ganz geschwunden. Patientin liegt untätig herum, zeigt Mangel jeder Spontaneität; plötzliche Erregungszustände; ab und zu treten noch immer Halluzinationen bedrohlichen Inhaltes auf, die aber keine entsprechende, psychische Reaktion mehr hervorrufen. Im Februar 1905 zeigen sich Stereotypien, Motilitätssymptome, ausgesprochene Zeichen psychischen Zerfalles. Die Kranke wird häufig unruhig, tanzt, steigt über die Bänke, macht mit den Händen allerlei absonderliche, abgehackte Bewegungen im Takte, lacht, weil sie nachts gehört habe, sie mache einen Haupttreffer. In ihrem Benehmen wird Patientin ganz ungeordnet, läuft mit aufgelösten Haaren und barfuß herum, reißt sich die Kleider vom Leibe, singt und spricht alles durcheinander ohne Affekt, wie automatisch, unzusammenhängende Klang- und Reihenassoziationen, Verbigeration, Wortsalat, monotones Pantomimenspiel, katatoniforme Erregungszustände. Die Kranke ist in ihrem Wesen ganz zerfahren, unrein in ihrem Aeußeren, unappetitlich, gierig beim Essen; bei der Visite lacht sie ganz läppisch, will die Aerzte umhalsen und küssen, um eventuell gleich im nächsten Momente unvermittelt drohend gewalttätig zu werden. Die Kranke wirft mit dem Eßgeschirr herum, nimmt anderen das Essen weg, verschlingt alles förmlich. Seit Frühjahr 1905 zeigt Patientin, die derzeit noch in Anstaltspflege steht, ununterbrochen das Bild vollkommen geistigen Zerfalles und eines für Dementia praecox charakteristischen Schwachsinnes.

Interessant ist an dem Fall die im Beginne der Erkrankung beobachtete weitgehende Remission, die eine Heilung hätte vortäuschen können; erwähnen möchte ich ferner, daß derartige depressiv-paranoide Formen der Dementia praecox, bei denen der Angstaffekt im Vordergrund des klinischen Bildes steht, nach unserer Erfahrung eine recht ungünstige Prognose haben und rasch zur endgültigen Verblödung führen. Die jugendlichen Angstpsychosen sind eben fast ausnahmslos, insoferne es sich nicht um hysterische, epileptische Geistesstörungen oder um in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins gehörige Fälle handelt: Zustandsbilder der depressiv-paranoiden Form der Dementia praecox.

Ein weiterer Fall, in welchem der Angstaffekt gleich im Beginne der Psychose dem ganzen Krankheitsbilde den Stempel

aufdrückte, eine Psychose, die ebenfalls in kürzester Zeit zu typischer Verblödung führt, ist kurz skizziert folgender:

Fall 14. M. H., 21 Jahre alt, katholisch, verheiratet, ist im leichten Grade hereditär belastet; von Kinderkrankheiten hat Patientin Masern überstanden; normale Entwicklung; sieben Jahre Volksschule. Nach dem schulpflichtigen Alter fielen der Mutter schon gewisse Eigentümlichkeiten im Benehmen der Kranken auf; sie starrte viel vor sich hin, war nicht imstande, aus eigener Initiative sich ihrer Aufgaben und Pflichten zu entledigen, mußte zu allem angeleitet und angeregt werden; sie war immer bei der Arbeit etwas langsam und schwerfällig, bei entsprechender Nachhilfe aber eine ruhige, fleißige Arbeiterin. Ihren Dienstgebern fiel sie auch durch ihre Beschränktheit und Vergeßlichkeit auf. Als Kind war Pat. sehr reizbar, boshaft; Menses seit dem 17. Jahre regelmäßig. Patientin erkrankte gegen Mitte Juli 1904. Sie wurde „verstört“ und „verwirrt“, weinte, daß der Totenwagen komme, sie zu holen, weil sie nun lebendig begraben werde. Die Kranke wurde schlaflos, klagte über Kopfschmerzen, starrte stundenlang vor sich hin. Bei der Untersuchung durch den Polizeiarzt zeigte sie sich sehr ängstlich, gab keine geordnete Antwort, war fortwährend in Bewegung. Beim Versuche einer somatischen Untersuchung energische Abwehr mit der Bitte, sie ruhig sterben zu lassen; am B. Z. ist Patientin unruhig, ängstlich, steigt auf die Fenster und ruft hinunter: „Ihr holt mich schon zum Sezieren; weil ich aus Bravour ins Spital gegangen bin, werde ich jetzt so gemartert.“ In den nächsten Tagen ist die Kranke mürrisch, abweisend, zeigt ängstlichen Gesichtsausdruck, gibt keine Auskunft. Am 3. Aug. 1904 wurde Patientin der Kierlinger Anstalt mit der Diagnose Amentia überstellt. Sie war bei der Ankunft ängstlich unruhig, fürchtete, man wolle sie hier begraben, sie werde hier vergiftet und seziert. Patientin ist klar, orientiert, gibt geordnete Auskünfte. Sie sei von den Pulvern, die sie im Spital bekommen habe, verwirrt geworden, es kam ihr vor, als ob jemand auf sie schießen würde. Während des Examens wird Patientin plötzlich hochgradig ängstlich erregt, drängt hinaus, setzt allen weiteren Fragen hartnäckiges Schweigen entgegen. Patientin hört, daß sie verbrannt werde, sie müsse jetzt ins Grab steigen. Selbstbeschuldigungen: sie habe bei der Visite die Fragen schlecht beantwortet, dafür werde sie jetzt bestraft und lebendig begraben. In den nächsten Tagen (August 1904) unverändert ängstliches Gebaren. Patientin geht ruhelos, nur mit dem Hemde bekleidet, mit fragendem, suchendem Gesichtsausdrucke im Zimmer herum, bittet jeden um Schutz und Abhilfe, nestelt in ihrer Angst an ihren aufgelösten Haaren, kratzt sich wund, verweigert gänzlich die Nahrung, sucht sich unter dem Bette zu verkriechen.

Negativistische Züge und Stereotypien werden unter gleichzeitigem Nachlasse des Angstaffektes im Krankheitsbilde immer deutlicher. Patientin vergräbt sich unter die Bettdecke, wehrt jede Annäherung ab, kniet stundenlang im Bette mit gefalteten Händen, das Gesicht zum Kreuze gekehrt, betet verbigerierend, ist sonst mutazistisch, leistet heftigsten Widerstand, wenn man sie aus der knieenden Stellung bringen will. Anfangs November 1904 ist die Kranke bereits öfter unrein, ohne stuporös zu sein. Ende November treten deutliche Dissoziationserscheinungen zutage, Mutazismus und Negativismus anhaltend; Patientin kniet wieder häufig, betet mit ängstlichem Gesichtsausdrucke, lacht aber dann unvermittelt plötzlich laut auf. Ende Dezember blaßt der Angstaffekt bedeutend ab, die Kranke lächelt verschämt vor sich hin, gibt wieder vereinzelte Antworten, kann aber ihr früheres ängstliches Benehmen in keiner Weise motivieren; sie versucht sich in Handarbeiten, die aber gänzlich unbrauchbar sind. Im Januar 1905 ausgesprochene Demenzerscheinungen vorherrschend: Patientin ist in gleichmäßiger apathischer Stimmungslage, zeigt keine Initiative, für nichts Interesse, hält sich aber äußerlich noch ziemlich geordnet, ist zeitlich und örtlich orientiert. Meist ist die Patientin ganz ruhig und harmlos, kann zu mechanischen Arbeiten verwendet werden, wobei sie automatisch mittut. Dabei spricht sie nur aufgefordert, kümmert sich um nichts, ist ganz ohne Spontaneität. Bei gelegentlichen ärztlichen Maßnahmen wird Patientin ganz unbegründet und plötzlich ängstlich, negativistisch, mitunter derartig erregt, daß sie sich die Haare ausreißt. Zuweilen ist sie unrein und pflegebedürftig. Dieses Bild geistigen Zerfalles besteht bei der Patientin unverändert bis zum heutigen Tage fort.

Wieder können wir in diesem Falle von jugendlicher Angstpsychose (Dementia praecox) in verhältnismäßig sehr kurzer Zeit den Endausgang der Geistesstörung in einen stationären, unheilbaren Schwächezustand beobachten.

Fall 15 (depressiv-paranoïde Form der Dementia praecox mit Beginn unter einem einer Halluzinose ähnlichen Bilde).

A. T., 28 Jahre alt, verheiratet, ist hereditär belastet, indem der Vater Potator war und an Delirium tremens starb. Patient war geistig aufgeweckt, ein guter Schüler und später ein ebensolcher Arbeiter, kein Trinker; seit drei Jahren verheiratet, lebte stets in glücklicher Ehe mit seiner Frau. Dieselbe hatte vor ihrer Verheiratung ein Verhältnis mit einem italienischen Bahnarbeiter, mit dem sie angeblich auch später noch als Ehefrau korrespondierte. Vor vier Jahren erhielt Patient einen Drohbrief von dem Italiener, worin dieser den Patienten mit dem Tode bedrohte, wenn er nicht von der Frau lasse. T. nahm sich seinerzeit den Drohbrief des

Italieners sehr zu Herzen, um so mehr als er später erfuhr, daß seine Frau noch immer mit ihrem früheren Liebhaber in brieflichem Verkehre stand. T. wird allgemein als ein seit jeher ängstlicher und furchtsamer Mann geschildert. Seit acht Monaten war T. nun auch arbeitslos, was ihn ebenfalls tief kränkte, da die Familie immer mehr in Not geriet. Am 12. Februar 1906 (einige Tage vor Ausbruch der Psychose) hatte die Frau des Kranken wieder ein Stelldichein mit dem Italiener; doch soll T. davon nichts erfahren haben; er hatte immer nur die Ahnung, daß jener demnächst kommen werde, um seine Drohung auszuführen. In diesem Sinne sprach T. in den folgenden Tagen wiederholt mit seinem Bruder und bat ihn, sich zu erkundigen, ob der Italiener nicht doch schon da sei, da er sich sehr fürchte. Am 17. Februar 1906 erkrankte T. nun ganz plötzlich: er saß zuerst ganz still und schweigsam, klagte nur über Kopfweh und abwechselndes Hitze- und Kältegefühl; plötzlich aber sprang er auf, ergriff seinen Hut, rannte fort, schrie laut um Hilfe, da man auf ihn schieße, und suchte deshalb Schutz bei der Polizei. Schon in der letzten Woche vor dem Ausbruche der Psychose war T. tiefsinnig, sprach sehr wenig, schlief schlecht, machte nachts wiederholt Licht und sah nach, ob seine Frau noch da sei. Am Kommissariate, wo T. hilfesuchend erschien, erzählte er die Geschichte mit dem Drohbriefe, erklärte, er fürchte unter der Hand des Italieners sterben zu müssen, da er heute schon das Pulver gerochen habe. Bei der Aufnahme am B. Z. ist Patient geordnet, zeitlich und örtlich orientiert. Seit einigen Wochen bemerke er schon, daß es seine Frau wieder mit dem Italiener halte, der wahrscheinlich in demselben Hause wohne. Wenn er nach Hause komme, stehe immer jemand vor dem Hause Posten, damit er seine Frau nicht „erwische“ der Italiener sei bald bei dieser, bald bei jener Hauspartei versteckt. T. habe ihn zwar niemals gesehen, bemerkte aber, daß die Vorhänge bei den Fenstern seiner Wohnung immer etwas beiseite geschoben würden, damit man ihn (Patienten) sehe, wenn er nach Hause komme. Er habe deshalb die Frau zur Rede gestellt; sie habe ihm aber geschworen, daß der Italiener nicht im Hause wohne. Er glaube ihren Schwüren nicht, denn seit einer Woche verständige sich seine Frau mit ihrem Geliebten durch Klopfen; deshalb sei er ängstlich und schlaflos geworden; Patient berichtet nun weiter über seine Geruchshalluzinationen nach Schießpulver. Er fürchte, der Italiener stehe schon am Gange, um ihn zu erschießen. Bei der Aufnahme in die Kierlinger Anstalt, in die Patient mit der Diagnose „Amentia“ vom B. Z. überführt wurde, ist der Kranke weinerlich depressiv verstimmt, ängstlich, psychomotorisch etwas gehemmt, antwortet auf Fragen nichts, verweigert die Nahrung; in der Nacht ist Patient schlaflos, steigt wiederholt

aus dem Bette, kniet sich auf den Boden und betet; tiefe Reflexe lebhaft, Pupillen tadellos reagierend; für Potus keine Anhaltspunkte. In den nächsten Tagen der Beobachtungszeit bietet der Kranke das Bild eines ängstlichen stuporösen Hemmungszustandes mit Mutazismus und Negativismus. Patient wehrt sich wie verzweifelt bei der künstlichen Ernährung, erbricht absichtlich; paranoide Ideen bestehen fort; zeitweise wird der Stupor durch gesteigerten Angstaffekt durchbrochen: Patient springt aus dem Bette, läuft ratlos am Gange umher, schlägt sich mit der Faust gegen den Mund. Vereinzelte Vergiftungsideen. Im März 1906 ißt Patient wieder selbst, antwortet nun wieder mit einer leisen Stimme einsilbig, zeigt aber noch immer ängstlich gehemmtes Wesen, stößt sich den Kopf gegen die Mauer im Angstaffekte; trotz seiner ängstlichen Verstimmung verzieht Patient ganz grundlos wie automatisch das Gesicht zum Lächeln. Einmal äußert Patient einem Pfleger gegenüber, Se. Majestät habe ihm das Sprechen verboten. In den nächsten Wochen ziemlich unverändertes Zustandsbild. Patient ist schlaflos, halluziniert, ist sehr ängstlich, muß zeitweise künstlich genährt werden; er verlangt, man solle ihn umbringen, ins Feuer werfen; man rede hier über ihn; ängstliches Widerstreben. Patient stößt sich in seiner Angst den Kopf wund, reibt sich die Haut auf, bittet in seiner Verzweiflung um Gnade. Ende April noch immer ratlos, ängstlich infolge bedrohlicher Halluzinationen; er kenne sich gar nicht mehr aus, die Stimmen sagen, er solle sich umbringen, die Leute reden und schimpfen über ihn; er dürfe nicht essen, weil er es nicht verdiene. Die Spontanbewegungen sind spärlich, zögernd, langsam. Die sprachlichen Aeußerungen des Patienten bestehen größtenteils aus Bruchstücken von einzelnen Sätzen oder Worten, mit leiser, kaum verständlicher Stimme vorgebracht. Patient hält Stuhl und Urin zurück, entleert seine Dejekte dann ins Bett. In den folgenden Monaten (Mai bis September 1906) ist Patient meist ängstlich, leicht gehemmt, negativistisch, neigt dabei aber zu impulsiven Handlungen; er uriniert auf den Fußboden vor das Bett, versucht Kot zu essen, will das Kruzifix von der Wand reißen, legt sich platt auf den Boden nieder, weil es der Kaiser so befohlen habe; oft unruhig, läuft ziellos am Gange umher. In den letzten Wochen Abblassen des Affektes und der ängstlichen Verstimmung, Hervortreten ausgesprochen dementer Züge; Patient wird unrein, pflegebedürftig, ganz apathisch, ohne daß während des ganzen Verlaufes der Psychose eine eigentliche Verworrenheit zu konstatieren gewesen wäre.

Den letzten Fall habe ich insbesondere deshalb angeführt, um zu zeigen, wie derartige Psychosen von depressiv-paranoider Dementia praecox oft im Beginne das Bild einer Alkoholhallu-

zinose bieten können (Halluzinationen, Beziehungs- und Verfolgungswahn), woran sich dann meist sehr bald ein stuporöser Hemmungszustand anschließt mit Ausgang in einen charakteristischen, geistigen Schwächezustand. Dr. Fuhrmann hat diese Fälle, wie bereits erwähnt, unter dem Namen der akuten juvenilen Verblödung zusammengefaßt und besonders auf die Ähnlichkeit dieser Krankheitsbilder mit der Alkoholhalluzinose hingewiesen; gleichzeitig macht dieser Autor auch auf das häufige Vorkommen von Alkoholismus chronicus in der Aszendenz seiner Patienten aufmerksam; auch in unserem Falle liegt Potus des Vaters des Patienten vor.

Zum Schlusse dieser großen Gruppe der depressiv-paranoiden Form der Dementia praecox möchte ich noch einige Fälle von Jugendirresein besprechen, die allerdings in gewisser Beziehung eine klinische Sonderstellung beanspruchen, doch am besten hier eine kurze Erwähnung finden können. Diese Krankheitsfälle gehören auch im weitesten Sinne zu der depressiv-paranoiden Verlaufsform der Dementia praecox, zeigen aber von Anfang an gegenüber den früher besprochenen Fällen ein Zurücktreten der depressiven Verstimmung und Angst, dagegen ein Vorherrschen hypochondrisch-neurasthenischer Symptome und paranoider Wahnideen, wobei sich in kürzester Zeit im Verlaufe der Psychose auch hebephrene Züge dem Krankheitsbilde hinzugesellen, so daß diese Psychosen eigentlich eine Mittelstellung zwischen den rein depressiven und hebephrenen Formen der Dementia praecox einnehmen würden. Kraepelin faßt wohl alle diese Fälle unter seiner Hebephrenie zusammen; nach unserem Einteilungsmodus muß ich aber diese Krankheitsbilder zu den mit Wahnideen und Verstimmungszuständen einhergehenden Formen der Dementia praecox rechnen und will zur Illustrierung des Gesagten hier im Anhange zu den geschilderten depressiv-paranoiden Zustandsbildern einige Beispiele derartiger Psychosen anführen.

Fall 16: S. K., 22 Jahre alt, katholisch, ledig. Das Parere vom 6. Juli 1905 besagt, daß Patientin Selbstmordideen äußere, ihre Mutter bedrohe, kein Herz zu haben behaupte; die Kranke provoziere Lärmszenen, sei störend und gemeingefährlich. Dauer der Psychose angeblich seit Februar 1905. Bei der Untersu-

chung am B. Z. ist Patientin vollkommen orientiert, heiter, geschwätzig, äußert aber dabei Beeinträchtigungsideen. Seit einigen Wochen komme nachts ein fremder Herr durch die Türe ihres Zimmers und beeinflusse sie durch Gerüche, so daß sich ihr Herz umdrehe. Der Unbekannte räche sich an ihr wegen verschmähter Liebe. Seitdem fühle sie sich ganz elend und schlecht. Auffallender Stimmungswechsel; Patientin wird plötzlich ganz verzweifelt, drängt fort, schreit, sie müsse hier sterben. Den nächsten Tag bittet sie wiederholt um Entlassung, bevor es zu spät sei, sie wisse bestimmt, daß sie den morgigen Tag nicht mehr erlebe. Am 12. Juli 1905 Transferierung in die Kierlinger Anstalt. Anamnestisch ist keine hereditäre Belastung festzustellen; kurze Zeit Kindergärtnerin gewesen, seit zwei Jahren zu Hause bei den Eltern. Sommer 1904 Klagen über allgemeines Schwächegefühl; Patientin wurde arbeitsunfähig, fühlte sich von ihrer Mutter vernachlässigt. Gegen Herbst 1904 Auftreten von Halluzinationen: ein Mann kam nachts zur Türe herein, betäubte sie durch Gerüche von Pomaden und Seifen; ein kalter Wind blies sie an; es wurde ihr kalt beim Herzen; sie verspürte keinen Herzschlag mehr; bekam keinen Atem, mußte die Luft von oben aufsaugen. Seitdem habe sie die „Herzaffektation" nicht mehr an richtiger Stelle; das Herz schlage zu kräftig, werde immer hinaufgezogen, verursache ihr solche Schmerzen, daß sie schon an Selbstmord dachte. Während der ersten Beobachtungszeit (Juli bis Dezember 1905) äußert Patientin fortwährend hypochondrische Klagen, weint viel, fürchtet, hier krank zu werden, jammert über unerträgliches Hitzegefühl, über Sensationen, als ob der Kopf abfallen würde, befürchtet, ihr Herz werde stille stehen; Patientin ist zeitweilig depressiv, zeitweise wieder hochgradig ängstlich erregt, schreit dann aus Leibeskräften, man solle ihrer Mutter telegraphieren, sie fühle ihr Ende nahen, ihr Herz zerspringe. Geruchshalluzinationen; die Wärterinnen kommen der Patientin nachts geisterhaft vor und geben einen widerlichen Geruch von sich. Die Kranke wälzt sich oft heulend und weinend im Bette umher infolge hypochondrischen Angstaffektes. Sie fühle, wie sie größer und kleiner werde, das Blut dicke sich ein, das Fleisch falle ihr ab, sie spüre ihren Körper gar nicht mehr; Patientin verlangt ein Messer, um sich den Hals abzuschneiden. Läppische Heiterkeit und Apathie wechseln mit Verzweiflungsausbrüchen. Die Kranke meint, sie sei scheußlich anzusehen, ihr ganzer Körper sei verdreht, ja er sei zerfetzt, die einzelnen Teile fliegen in allen Winden herum; rasch schlägt aber der hypochondrische Angstaffekt in eine heitere Stimmungslage um: Patientin tanzt dann, lacht viel, hetzt mit Kindern herum. Vereinzelte Gehörstäuschungen; Auftreten hebephrener Züge: Patientin schreit affektlos, zerreißt Wäsche aus Langeweile, meint

lachend, sie wisse nicht, was sie vor ihrem Tode noch machen müsse; sie geht barfuß herum, spielt sich am Boden, liegt unter den Tischen, läppisch vor sich hinlachend. Im Januar 1906 ist Patientin bereits ganz zerfahren, ungeordnet, unrein mit Kot und Urin; Affektausbrüche seit dieser Zeit geschwunden, geistiger Schwächezustand stationär.

Fall 17: St. P., 22 Jahre alt, katholisch, ledig; soll seit März 1905 ein auffallendes Benehmen zeigen: sie ist sehr still, will nichts essen, weint oft, weil sie von den Leuten eigentümlich angeschaut wird. Sie werde hinter ihrem Rücken beschimpft; einer sage es dem anderen, daß sie stinke, weil sie als Kind „etwas getan“ habe. Es sei wohl möglich, daß die Leute infolge des üblen Geruches, der von ihr ausströme, krank würden. Patientin ist bei der Untersuchung klar orientiert, hereditär belastet; Vater Potator, Vaters Bruder im Irrenhause gestorben. Bei der Aufnahme in die Kierlinger Anstalt am 10. April 1905 hält Patientin an ihren Wahnideen fest. An den Mienen und dem Benehmen der Kolleginnen habe sie bemerkt, daß man ihr in der Fabrik, wo sie arbeitete, aufsässig sei; nirgends hielt sie es daher in der letzten Zeit länger als einige Monate aus; überall würden ihr die Verhältnisse unleidlich. Allerorts war dieselbe Komödie; oft hörte sie laut die Worte: Sie stinkt! sie glaube ihr Schweiß stinke deshalb so, weil sie sich als Kind selbst befriedigt habe und da sei die Natur in ihren Körper übergegangen. Neben diesen paranoiden Zügen, die aber bereits den Stempel der Demenz an sich tragen, zeigen sich beim Aufnahmsstatus auch andere Zeichen geistiger Schwäche: Dissoziationserscheinungen, Inkoordination der Thymo- und Noopsyche, kindisches Urteil, Denkfaulheit, Unaufmerksamkeit, grundloses läppisches Lachen, Stimmungslabilität. In der folgenden Beobachtungszeit ist Patientin in den ersten Wochen meist traurig verstimmt, wünscht sich, daß sie nur sterben könne, da sie ohnehin von allen gemieden werde; dabei besteht kein eigentlich tiefer Affekt. Patientin lächelt oft bei ihren Angaben, verfällt bisweilen grundlos in förmliche Lachkrämpfe; sie sitzt untätig herum, ohne Beschäftigungstrieb und Initiative. Bei gelegentlichen Unterredungen spielt sie mit ihrer Schürze, verdeckt sich mit der Jacke das Gesicht, beantwortet die meisten Fragen infolge ihrer Denkfaulheit mit einem monotonen: „ich weiß es nicht!“ Sie müsse oft lachen, wenn ihr auch nicht zum Lachen sei. Die Kranke schüttelt oft stundenlang den Kopf, wäscht mehrmals täglich ihren ganzen Körper, um den widrigen Geruch und ihre Ausdünstung wegzubringen, bleibt dann längere Zeit mit entblößtem Oberkörper stehen, um sich „auszulüften“. Gegen Neujahr 1906 ist Patientin bereits ganz zerfahren, läppisch kindisch in ihrem Benehmen, zeigt ausgesprochene hebephrene Züge, läppi-

sches Lachen, submanische Verstimmung, hetzt wie ein Kind mit anderen herum, küßt und umhalst jeden, neckt andere Kranke; zeitweise plötzlich tobsuchtsartige Erregungszustände, wo Patientin ganz unvermittelt grundlos zu schreien beginnt, gewalttätig wird, in ordinären Ausdrücken schimpft. Nachher motiviert Patientin ihre Erregung mit nichtssagenden Worten unter läppischem Lächeln: „Sie sei so erregt gewesen, weil sie an „etwas" gedacht habe." Während des ganzen Jahres 1906 stationäres Bild: Schwachsinn mit hebephrenen Zügen: vereinzelte Halluzinationen lösen noch zeitweise einen furibunden Erregungszustand aus.

Die letzten zwei Fälle zeigen paranoide hypochondrische Wahnideen, Halluzinationen und nur leichtgradige sekundäre Verstimmung, die bald abblaßt und einer fortschreitenden Demenz Platz macht; der resultierende Schwachsinn zeigt in gewissen Zügen das für die reine Hebephrenie charakteristische Gepräge; dennoch konnte ich diese Fälle nicht zu der hebephrenischen Verlaufsform der Dementia praecox rechnen, weil die Wahnideen im Verlaufe der Psychose viel zu sehr im Vordergrunde stehen im Gegensatze zu den reinen unkomplizierten Fälle von Hebephrenie, wo Wahnideen, wenn überhaupt, so nur im Beginne vorkommen, im Verlaufe der ganzen Psychose nur eine passagere Rolle spielen, dagegen die primären Willensstörungen und submanischen Stimmungsanomalien die Szene eigentlich beherrschen. Immerhin könnte man diese Fälle, die übrigens meist rasch zu tiefgehender Demenz führen, als eine Abart der Hebephrenie ebenso gut gelten lassen, wie dieselben in unserer Zusammenstellung hier gewissermaßen als Appendix zu den reinen depressiv-paranoiden Formen abgehandelt wurden. Wir werden später bei Besprechung der in Schüben verlaufenden Fälle von Dementia praecox (remittierende, intermittierende Psychosen) ebenfalls eine Verlaufsform des Jugendirreseins kennen lernen (periodische Pseudomanien), wo die Psychose in ihren einzelnen „Anfällen" oft ausgesprochen das Bild submanisch gefärbter reiner Hebephrenien darbietet.

Auch diese Formen könnten natürlich ebenso gut unter dem Kapitel Hebephrenie als unter den in Schüben verlaufenden Dementia praecox - Fällen besprochen werden. Ueberall sind eben Uebergänge der einzelnen Erscheinungsformen in der

Natur zu beobachten und besonders bei den verwickelten Entäußerungen psychischer Krankheitserscheinungen.

Die kurz angeführten Fälle mögen als Beispiele für die depressiv-paranoide Verlaufsform der Dementia praecox genügen. Wie gesagt, beanspruchen meines Erachtens gerade diese Krankheitsformen ein aktuelles, praktisches Interesse, weil fast die Mehrzahl aller Dementia praecox-Fälle, besonders bei Frauen, unter diesen klinischen Zustandsbildern verläuft und es daher wichtig ist, den klinischen Verlauf dieser Psychosen zu kennen, um sich vor einer eventuellen Fehldiagnose zu schützen. Fast ausnahmslos wurden uns diese Geistesstörungen unter der Diagnose Amentia oder Melancholie zugeführt. Ich werde noch einmal Gelegenheit haben, zusammenfassend einiges über die Differentialdiagnose der Dementia praecox im allgemeinen anzuführen, möchte mir aber schon an dieser Stelle, wenigstens hinsichtlich der depressiv-paranoiden Verlaufsform, diesbezüglich einige Bemerkungen gestatten.

Gegen Amentia sind die in Rede stehenden psychischen Krankheitsbilder, wie ich glaube, am leichtesten abzugrenzen; fehlt doch das für Amentia so charakteristische Symptom der primären Verwirrtheit (assoziative Inkohärenz) so gut wie immer bei der depressiv-paranoiden Dementia praecox. Allerdings können amentia-ähnliche Züge das Krankheitsbild komplizieren, lassen sich aber dann immer sekundär aus den Elementarstörungen der Kraepelinschen Psychose ableiten (Willens- und Aufmerksamkeitsstörungen, Vorbeireden etc.), auch massenhaft auftretende Halluzinationen können zeitweise verwirrend auf den Bewußtseinszustand des Kranken wirken. Ich möchte fast den Satz aufstellen, daß jede sogen. depressiv-stuporöse Amentia, bei der die Orientierungsfähigkeit nicht schwer geschädigt ist und wobei keine Verwirrtheit mit Trübung des Bewußtseinszustandes besteht, in diese Kategorie der depressiv-paranoiden Dementia praecox gehört und früher oder später mit einem typischen geistigen Schwächezustande endet. Wir werden bei Besprechung der nun folgenden, klinisch zusammengehörigen Fälle von Dementia praecox sehen, daß manche Dementia praecox-Kranke oft tatsächlich den Eindruck von Verwirrten machen können, daß sich aber auch da in den meisten

Fällen charakteristische Unterscheidungsmerkmale dieser scheinbar essentiellen Verwirrtheit gegenüber der primären Assoziationsstörung (Inkohärenz und Ataxie) der Amentia ergeben. Bei den eben besprochenen depressiv-paranoiden Fällen der Dementia praecox handelt es sich aber kaum je um eine Orientierungsunfähigkeit; meist sind die Patienten örtlich und zeitlich gut orientiert und die Diagnose einer Amentia ist eigentlich in solchen Fällen durch nichts entschuldbar. Weiter unten werde ich noch zusammenfassend das wichtigste bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Amentia und der Verworrenheitszustände bei Dementia praecox nachholen. Schwieriger als die Abgrenzung dieser depressiv-paranoiden Fälle gegenüber der Amentia ist die Differentialdiagnose gegenüber den primären Stimmungsanomalien respektive den Melancholien. Ganz allgemein möchte ich diesbezüglich, gestützt auf unsere Erfahrung, die Meinung vertreten, daß in allen Fällen von melancholischen Zustandsbildern, die jugendliche Personen betreffen, wenn im Vordergrunde des psychischen Krankheitsbildes Angstaffekte, Beziehungswahn und hypochondrische Ideen mit entsprechenden Sinnestäuschungen stehen, der begründete Verdacht besteht, in derartigen Psychosen nur eine Verlaufsart (depressiv-paranoide) einer Dementia praecox zu erblicken und die Geistesstörungen demgemäß prognostisch ungünstig zu beurteilen. Wenn man sich auch weiter in gar keine detaillierte psychische Exploration einläßt, sondern an dem oben ausgedrückten Satze festhält, wird man, glaube ich, weniger Fehldiagnosen sich zuzuschreiben haben und seltener durch den ungünstigen Ausgang einer vermeintlichen Melancholie überrascht werden.

Dementia praecox-Fälle,

einsetzend unter dem Bilde einer Verworrenheit.

Nun will ich in der Anführung meiner kasuistischen Fälle fortfahren und komme zur Besprechung jener Gruppe jugendlicher Verblödungsprozesse, in denen die Psychose tat-

sächlich mit einem mehr oder weniger ausgesprochenen, erregten Verworrenheitszustande einsetzt.

Kraepelin rechnet die meisten der hierher gehörigen Psychosen zu der katatonen Untergruppe seiner Dementia praecox. Ich will hier gleich bemerken, daß einzelne dieser Fälle tatsächlich differentialdiagnostisch sehr schwer zu beurteilen sind, daß es in manchen Fällen wenigstens bei den ersten Untersuchungen nicht gelingt, eine strikte, sichere Abgrenzung gegen eine Amentia durchzuführen. Die psychische Untersuchung bei einem Verworrenheitszustande, das Zerlegen des komplizierten klinischen Gesamtbildes in einzelne, psychische Elementarstörungen ist eine höchst schwierige, oft kaum durchführbare Aufgabe und gehört jedenfalls zu den schwersten Problemen der praktischen Psychiatrie, wiewohl die Verworrenheit als solche gerade jenes Symptom akuter, psychischer Erkrankung ist, das auch für den Laien das in die Augen springendste und hervorstechendste ist. Eine Fehldiagnose ist in diesen Fällen daher viel eher verzeihlich, und immer wieder werden wir uns bei unseren derzeit üblichen Untersuchungsmethoden in einzelnen derartigen Fällen und im Beginne der Psychose wenigstens mit einem resignierten „ignoramus“ bescheiden müssen. Neben der Verwirrtheit treten bei diesen Fällen wie bei der Amentia auch Wahnideen und Erregungszustände auf. Glücklicherweise sind diese differentialdiagnostisch schwierigen Fälle von Dementia praecox nicht sehr häufig, jedenfalls bedeutend seltener als die depressiv-paranoiden oder die hebephrenen Formen. In der Mehrzahl der hierher gehörigen Psychosen, die mit einem Verworrenheitszustande einsetzen, läßt sich wohl eine Differentialdiagnose gegen Amentia mehr oder weniger sicher machen. Wir haben es bei den mit Verworrenheit einhergehenden Dementia praecox-Fällen meist mit Inkohärenz bei manisch oder depressiv ängstlich gefärbten Erregungszuständen zu tun; im ganzen Krankheitsbilde tritt mehr die Erregung als die Verwirrtheit hervor; trotz verwirrtesten Benehmens, ideenflüchtig inkohärenter Redeweise überraschen oft solche Kranke durch ihre erhaltene Orientierungsfähigkeit; niemals macht die Verwirrtheit den Eindruck der schweren primären Assoziationsstörung mit dem sekundär be-

dingten Affekte der Ratlosigkeit, der ängstlichen Aufmerksamkeit und Spannung, der Übererregbarkeit gegen Reize der Außenwelt, wie alle diese Momente gerade bei der Amentia oft so schön zum Ausdruck kommen. Die Auffassung, die Kombinationsfähigkeit ist bei diesen Verwirrten im Verlaufe der Dementia praecox nur ganz geringfügig oder gar nicht gestört, wieder im Gegensatze zu der Amentia; das Bewußtsein selbst ist eben bei diesen Kranken nicht getrübt, nur die treibenden Faktoren für eine geordnete Bewußtseinstätigkeit (Wille, Aufmerksamkeit etc.) versagen in ihrer Rolle bei dem komplizierten Arbeitsmechanismus der Bewußtseinsvorgänge. Der typische Bewußtseinszustand bei der Amentia dagegen ist am ehesten mit einem deliranten, traumhaften zu vergleichen; die Halluzinationen sind hierbei meist massenhaft, auf allen Sinnesgebieten auftretend und führen zu zusammenhängenden, deliranten Traumerlebnissen, zu einem lebhaften Spiel der Affekte mit wechselvoller Mienen- und Geberdensprache. Momente der Erschöpfung, eine plausible Kausa für den Ausbruch der Psychose kann überhaupt in den meisten Fällen von Dementia praecox (mit Verworrenheit einsetzend) nicht ermittelt werden, während anderseits die Amentia geradezu das Paradigma einer Erschöpfungspsychose im eigentlichsten Sinne des Wortes ist Wo dieser ätiologische Faktor bei den differentialdiagnostischen Erwägungen uns im Stiche läßt, also in jenen Fällen von Dementia praecox, wo ebenfalls erschöpfende Momente oder schwere, körperliche Erkrankung nachweisbar sind (z. B. Puerperal-Psychosen), wird die Entscheidung, ob das vorliegende Zustandsbild einer Amentia oder einer Dementia praecox angehört, sehr schwierig und kann für die erste Zeit des Verlaufes der Psychose völlig undurchführbar bleiben, wenn es uns nicht gelingt, den Verworrenheitszustand des Kranken auf entsprechende Grundstörungen — primäre Assoziationsstörung im Sinne von „ataktischer Inkohärenz" einerseits, Aufmerksamkeits- und Willensstörungen andererseits — zurückzuführen, die dann natürlich entweder für Amentia oder Dementia praecox entscheiden. Wichtig scheint nur die eine Beobachtungstatsache, die ich immer wieder bestätigt fand, daß der an Amentia leidende Kranke gerade in seinen ruhigen Zeiten, wo

keine Angst, keine Stimmungsanomalien, Erregungszustände oder Halluzinationen auf ihn einwirken, so schön die absolute Unfähigkeit, die einfachsten Eindrücke der Außenwelt sich zusammenzureimen, bekundet; der Kranke ist gänzlich desorientiert und ist trotz gespanntester Aufmerksamkeit und intensiven Willens, zu einem Verständnis seiner Lage und Umgebung zu gelangen, ganz außerstande, auch nur annähernd richtig aufzufassen und zu assoziieren. Weiter unten werde ich noch einmal zusammenfassend auf die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und den einzelnen Psychosen anderer klinischer Dignität zu sprechen kommen und hierbei vielleicht einiges, was mir hier zu erwähnen entgangen ist, dort nachholen können. Nun erlaube ich mir, einige hierher gehörige kasuistische Fälle in kurzem Auszuge folgen zu lassen.

Fall 18: J. J., 20 Jahre alt, katholisch, verheiratet, stammt aus gesunder Familie und war selbst stets gesund, aber immer von aufgeregtem, reizbarem Wesen. Sie hat Anfangs Juni 1904 mit Kunsthilfe (Zange) entbunden; Ende Juni wurde sie verwirrt, weinte grundlos, glaubte dann wieder, sie sei eine reiche Frau, phantasierte, daß sie mit dem lieben Gott gesprochen habe. Sie soll dabei sehr aufgeregt gewesen sein, sprach alles durcheinander. Bei der Untersuchung durch den Polizeiarzt ist Patientin sehr erregt, rühmt sich, reich und gescheidt zu sein; alle Krankheiten habe sie durchgemacht, von heute an sei sie aber glücklich, werde alles verschenken. Vater der Patientin soll Potator sein. Der Gatte der Kranken gibt an, daß gleich nach der Entbindung eine psychische Veränderung bei der Kranken bemerkbar wurde. Sie äußerte Furcht, krank zu werden, glaubte, sie habe keine Zunge, sei pestkrank, leide an Gebärmutterfäulnis. In den letzten Tagen betete sie viel, fürchtete sich vor den Leuten, glaubte in jedem einen Teufel zu sehen. Bei der Ankunft am B. Z. war Patientin sehr erregt, schreiend und lärmend; während des ärztlichen Examens ist Patientin im Bette in beständiger Unruhe, lebhaft, spricht ununterbrochen, zeigt abspringenden Ideengang, leichte Störung der Orientierungsfähigkeit. Am 11. Juli Transferierung in die Kierling-Gugginger Irrenanstalt mit der Diagnose Puerperalamentia. Bei ihrer Ankunft ist Patientin unruhig, klatscht in die Hände, schreit plötzlich auf, streift ihre aufgelösten Haare übers Gesicht, produziert sich in allerlei verschrobenen Stellungen, läßt Fragen zuerst überhaupt unbeantwortet, bringt dann stoßweise einzelne ideenflüchtige Aeußerungen hervor, die häufig im Vereine mit entsprechenden Geberden den Affekt der Angst oder der Verzweif-

lung erkennen lassen, plötzlich wieder einen Umschlag in eine heitere Stimmungslage anzeigen. Patientin kommt mit aufgehobenen Armen und gefalteten Händen auf den Arzt zu, ruft pathetisch Gott an. Sie will dem Arzte die Hand und den Saum des Rockes küssen, spricht in kurzen Pausen: „Euer Gnaden, ich bitt' um Verzeihung, ich bin ja ein Kind Gottes." Sprachprobe: Name? — „Jasenck". Wiederholung derselben Frage: „Nein, Josefine." — Alter? „Josefine 21, 23, nein 21." Wann geboren? „Bertha, gestorben." — Wann geboren? „84." Wieviel Kinder? Patientin sieht auf ihre Hände und Füße, schreit dann verbigerierend: „Mörderhände, Mörderfüße", fährt dann fort: „meine hochangesehenen Kinder, Findelhauskinder, wo ist das Kind vergiftet, vergiftet bin ich, sterben, sterben!" Patientin schlägt mit aller Kraft sich selbst ab, und schreit dabei förmlich die Frage hervor: „sterbe ich?" Sie nimmt einen Bleistift zur Hand, versucht zu schreiben, hört aber gleich wieder auf, zeigt auf ihr Herz und ihren Kopf, legt die Hand auf die Herzgegend und schluchzt. Die Kranke bewegt sich fortwährend unruhig hin und her, spricht theatralisch und inkohärent: „Mörderhände, Mörderfüße, Universität, Jessas Schlossarek, vergiftet", dann lachend und singend: „Servus meine Herrn, mein Papa ein angesehener Mann, dafür gerechter Gott strafe mich, wo ist mein Mann, bin ich die Viki, oder wer bin ich, ich bin ja die Mama, denn Einbildung macht viel." Patientin ist beim Examen verwirrt, bald psychomotorisch erregt, bald im Zustande der Regungslosigkeit. Ihre Ausdrucksbewegungen sind einförmig und matt, verraten aber in rascher Folge die verschiedensten Affekte, im Vordergrunde Angst und Verzweiflung. Die sprachlichen Aeußerungen haben ein nur loses Gefüge auf Grund von Verbigeration, Reimbildung und Klangassoziationen. Patientin verfällt rasch in einen Zustand von Erschöpfung und es bedarf dann stärkerer Anregung, um sie zu reaktiven Aeußerungen zu veranlassen. Körperlich stark reduzierter Ernährungszustand; Haut und Schleimhäute sehr blaß, Sensibilität und Schmerzempfindung herabgesetzt; während der ersten Beobachtungszeit ist Patientin sehr unruhig, wirft sich im Bette hin und her, macht allerlei Gesten, weint und lacht abwechselnd, schreit oft laut auf, verweigert die Nahrungsaufnahme, reagiert auf keinerlei Fragen. Sondenfütterung; Patientin wehrt sich zuerst heftig dabei, läßt aber dann alles willenlos mit sich geschehen. 13. Juli: Unruhig, schimpft, singt, schmiert mit Speichel, spuckt überall herum. 15. Juli: Liegt seit einigen Tagen ruhig da, spricht nichts, weint öfters, faltet die Hände zum Gebete, zeigt gegen den Himmel, zeigt durch Geberden an, daß man ihr die Augen aufschneiden soll; spricht oft leise: sie sei pestkrank, werde in den Kerker geworfen, werde sterben. Dabei schreibt sie fehlerlos im guten

Zusammenhange ihrem Manne einen launigen Brief, macht ihm Vorwürfe, daß er sie in die Irrenanstalt gebracht habe. Den nächsten Tag ist Patientin ganz ruhig, klar, spricht geordnet mit den Pflegerinnen; labile Stimmung, Rührseligkeit. 21. Juli: Patientin hört in den letzten Tagen viel Stimmen, erzählt, sie habe ihren Leichenwagen heranfahren gehört, sie sei brustkrank; ideenflüchtige Redeweise, lebhafter Stimmungswechsel, keine schwere Verwirrtheit, Auftreten der Menses; Patientin ist meist vollständig orientiert. 24. Juli: Aeußerungen von Beziehungsideen, ominöse Gewichtszunahme ohne Besserung des status psychicus; oft verstimmt, infolge der Schimpfworte, die sie von allen Seiten zurufen hört, nachts unruhig, geht ängstlich herum, schreit manchmal auf, sie sehe Gestalten, höre Wagengerassel. 31. Juli: Unzufrieden, räsonniert wegen der Kost, dann wieder ruhig und heiter, glaubt, das Essen sei vergiftet. 1. August: Liegt im Garten auf den Bänken mit aufgelösten Haaren herum, spricht nichts, will sich auf die Abteilung tragen lassen. 3. August: Patientin spricht ideenflüchtig, ist unruhig, räumt auf der Abteilung die Betten durcheinander, weint und lacht abwechselnd preßt beim Ausspeisen den Mund zusammen, wird gewalttätig, als man sie in Bettruhe bringen will, verbigeriert, ohne dabei schwer verwirrt zu sein. In den nächsten Tagen wird Patientin zellenbedürftig wegen zunehmender Unruhe und Erregung, sie glaubt sich von ihrer Umgebung belästigt und beschimpft, ringt die Hände und rauft sich die Haare aus, verdächtigt die Pflegerinnen, sie vergiften zu wollen, beginnt aber im höchsten Zornaffekt unvermittelt zu lachen, wird ganz heiter und ruhig. 14. August: Nach Empfang eines Briefes von den Eltern bricht Patientin in ein affektloses Schreien aus. 17. August: Patientin ist äußerst labil in ihrer Stimmung, bald ängstlich, weinerlich verdrießlich, Lebensüberdruß äußernd, bald wieder unvermittelt läppisch heiter mit Neigung zu schalkhaften Späßen und förmlichen Lachkrämpfen. In ihrem Wesen und Benehmen ist Patientin bereits ganz zerfahren, ohne schwer verwirrt zu sein; sie ist unstet, launenhaft, geht ungeniert halb nackt herum, ist unrein, zeitweise grundlos aggressiv, negativistisch widerstrebend, unruhig, wirft das Geschirr zum Fenster hinaus, zerreißt Wäsche, wäscht sich mit Urin ihren Körper. Ihre Handlungen sind unberechenbar, triebartig, absonderlich. 4. September: Patientin spricht oft tagelang nichts, versteckt sich bei der Visite unter die Decke. 7. September: Schreit durchdringend nach den Eltern, schlägt sich den Kopf an die Bettkante, wirft sich im Bette herum, rauft dann mit einer Patientin. 11. September: Will sich zum Fenster hinunterstürzen; sie habe drei goldene Sterne gesehen, die ihr Unglück seien. 14. September: Liegt stundenlang regungslos zu

Bette, springt plötzlich auf, schreit heftig, wirft den Leibstuhl in das Zimmer. 3. Oktober: Patientin zeigt enorme Eßgier, ist oft tobsuchtsartig erregt, wälzt sich am Boden, schlägt zu, kratzt und beißt, überfällt Kranke, attackiert den Arzt, entkleidet sich, bleibt nackt vor dem Arzte stehen. 21. Oktober: Tagelang währender, stuporöser Zustand. 23. Oktober: Beim Besuche ihrer Angehörigen spricht Patientin zuerst ganz geordnet, geht dann zum Fenster, sieht hinaus und schlägt plötzlich ganz grundlos und ohne Erregung eine Fenstertafel ein, läßt sich dann wieder ruhig ins Bett zurückführen. 24. Oktober: Schreit plötzlich durchdringend, bohrt mit dem Finger in dem Nabel herum, kratzt ihn wund und erklärt unter einfältigem Lächeln, sie müsse etwas herausnehmen. Geruchshalluzinationen, unrein, sitzt in ihrem Urin. 26. Oktober: Schreit stundenlang, daß sie vergiftet sei; mehr sinnlose, triebartige Erregung als eigentlicher Affekt. 28. Oktober: Liegt wieder stundenlang stuporös im Bette, setzt allen Bewegungen starren Widerstand entgegen. 29. Oktober: Entblößt sich lachend bei der Visite, zerrt ihre Labien auseinander, „sie spüre Kindesbewegungen". 5. November: Patientin wird plötzlich wieder in ihrem Benehmen ziemlich geordnet, spricht mit den Pflegerinnen, erkundigt sich nach allem, bittet um Rat, wie sie am schnellsten wieder heimkommen könnte. Ihr plötzliches Losgehen auf die Aerzte erklärt sie mit der Erregung, die ihr der Anblick jedes Mannes verursache. Ebenso spricht sie einige Tage später ganz vernünftig mit ihrem Manne, erkundigt sich um ihr Kind, drängt aber dann plötzlich wieder während des Besuches sinnlos fort, beschmiert ihr Gesicht, zerreißt den Strohsack, spuckt den Aerzten ins Gesicht. 2. Dezember: Einige Tage mutazistisch, versucht sich zu erwürgen, bleibt unter dem Strohsacke regungslos liegen, bringt bei der Visite jammernd vor, eine Patientin wolle ihr den Mann abwendig machen, sie fühle sich durch alle Gespräche betroffen. 3. Dezember: Gibt ihrem Manne bei der Begrüßung einen Schlag ins Gesicht, entblößt sich. 5. Dezember: Drosselt sich unter der Decke mit einem zusammengerollten Leintuch; seit zwei Tagen wieder stuporös. 6. Dezember: Bleibt vormittags regungslos liegen, drosselt sich mittags mit allem, was ihr in die Hände kommt, muß zwei Stunden von Pflegerinnen gehalten werden, wirft sich bei der Visite dem Arzte gegenüber auf die Knie, tanzt aber abends heiter zum Aristonspiel. 10. Dezember: Seit einigen Tagen im Tagraume, benimmt sich wie ein ungezogenes Kind, verlangt alles, was sie sieht; macht Handarbeiten, die aber völlig unbrauchbar sind. 8. Dezember: Patientin macht sich Vorwürfe, daß sie gegessen habe; abends wieder ausgelassen heiter. 21. Dezember: Plötzlich triebartig gewalttätig, liegt schlaff nachher mehrere Stunden be-

wegungslos im Bette, abends freundlich, unterhält sich; mitunter stürzt Patientin schreiend auf die Tür los, schlägt auf dieselbe mit Händen und Füßen, drängt stürmisch fort ohne eigentlichen Affekt, liegt dann wieder stundenlang stuporös dahin, nimmt keine Nahrung, verunreinigt sich. In den folgenden zwei Jahren (1905, 1906) der Beobachtungszeit ist keine wesentliche Veränderung in dem psychischen Verhalten der Patientin zu verzeichnen. Sinnlose Erregungszustände mit brutaler Aggressivität gegen die Umgebung und blindem Vernichtungstrieb gegen sich selbst wechseln mit stuporös-kataleptischen Zuständen; vereinzelte labile Wahnideen, die hier und da geäußert werden, tragen den Stempel der Demenz an sich und üben keine wesentliche Wirkung auf die Patientin aus. Thymopsychische Verblödung, ausgesprochene Dissoziation und Inkoordination zwischen Vorstellungs- und Gefühlssphäre, zeitweise moriaartige, läppische Heiterkeit mit hervortretendem Erotismus und Schamlosigkeit, Verlust der höheren, ethisch-moralischen Begriffe bei ziemlich gut erhaltenem Gedächtnisse, vollkommen mangelnde, zielbewußte Willenstätigkeit, katatone Symptome, Denkfaulheit und Aufmerksamkeitsstörungen, monotone Apathie, die hier und da von einem dementen Lächeln oder von einem plötzlichen furibunden Erregungszustande unterbrochen wird, verschrobene, impulsive, unberechenbare Handlungen, zerfahrenes Wesen und Benehmen ohne schwerere Verwirrtheit oder Bewußtseinstrübung vervollständigen das klinische, nun schon über zwei Jahre unverändert bleibende Bild des Endausganges der Psychose und kennzeichnen einen Grad und eine Art von Schwachsinn, wie er eben für Dementia praecox charakteristisch ist.

Resumieren wir kurz, so haben wir einen Fall vor uns, dessen Diagnosenstellung anfangs wenigstens Schwierigkeiten bereiten konnte, wenn man sich durch das Symptom der Verwirrtheit allzusehr blenden läßt. Die Psychose beginnt nach vorhergegangener Erschöpfung mit allgemeiner, nervöser Unruhe, Beachtungs- und hypochondrischen Ideen (sei pestkrank, habe keine Zunge, leide an Gebärmutterfäulnis); zu diesen Symptomen treten in rascher Aufeinanderfolge zunehmende Inkohärenz (ideenflüchtige Verworrenheit), Halluzinationen und labile Größenideen. Am B. Z. und bei der Aufnahme in unsere Anstalt bot Patientin das Bild eines akuten, erregten Verworrenheitszustandes, bei dem aber nicht so sehr die wirkliche primäre Inkohärenz und Ideenflucht, als vielmehr Erregung und schwere Aufmerksamkeitsstörung im Vordergrunde standen; dabei konnte keine Bewußtseinstrübung, wohl

aber eine ausgesprochene Neigung zur Verbigeration und zum Vorbeireden konstatiert werden; mitten aus der anscheinend schweren Verwirrtheit heraus schreibt Patientin einen ganz geordneten Brief an ihren Mann. Wenn die Aufmerksamkeit für kurze Zeit stand hält und die Erregung (Angst, Verzweiflung) nachläßt, ist Patientin auch imstande, geordnete sinngemäße Antworten selbst komplizierter Art zu geben. Schon in den ersten Wochen der Beobachtungszeit tritt die eigentliche Verwirrtheit immer mehr in den Hintergrund; monotone, meist beängstigende Gehörstäuschungen, Beziehungswahn und hypochondrische Ideen, katatone Symptome, Wechsel zwischen rührseliger, weinerlicher Stimmung und läppischer Heiterkeit, exzessiv geäußerte, aber rasch ablaufende und nicht nachhaltige Affekte treten immer mehr hervor und kennzeichnen die Psychose als zur Dementia praecox-Gruppe gehörig. Die Handlungen werden triebartig, impulsiv; statt wirklicher Verwirrtheit beherrscht ein eigentümlich zerfahrenes Wesen und Benehmen das Krankheitsbild. Was die nähere Zugehörigkeit des Falles zu den einzelnen Formen der Dementia praecox anbelangt, würde derselbe nach der Kraepelinschen Einreihung wohl am besten der Katatonie zuzuzählen sein, nachdem ja im Verlaufe der Psychose katatone Erregungs- und Stuporzustände tatsächlich eine wesentliche Rolle spielen. Von unserem Standpunkte aus, nach welchem die Katatonie nur als reine Motilitätspsychose mit primären Willenstäuschungen, aber ohne Wahnideen, ohne stärker hervortretende Halluzinationen und ohne Verwirrtheit einhergehend zur Geltung kommt, müssen wir den vorliegenden Fall zu einer eigenen Untergruppe der Dementia praecox rechnen, nämlich jenen Dementia praecox-Psychosen, die mit Verwirrtheitszuständen einsetzen und im Beginne ein amentiaähnliches Bild bieten.

Der Beginn dieser Fälle ist meist ein ziemlich akuter; nach einem oft nicht länger als einige Tage dauernden Vorstadium allgemeiner, nervöser Unruhe und Abgeschlagenheit, leicht depressiv-hypochondrischer Verstimmung und psychischer Hyperästhesie tritt rasch Inkohärenz mit manisch oder ängstlich gefärbter Erregung, Halluzinationen, Affektschwankungen und labilen Wahnideen auf und erzeugt so bei oberflächlicher

Betrachtung ein der Amentia täuschend ähnliches Zustandsbild, das sich aber im klinischen Verlaufe, in der Analyse der psychischen Grundstörungen und im Endausgange meist wesentlich von der Amentia, als klinische Krankheitseinheit betrachtet, unterscheidet, wie das bereits oben kurz angedeutet ist und später nochmals im Zusammenhange besprochen werden wird. Der weitere Verlauf dieser Psychosen kann dann entweder den hebephrenen (pseudo-manisch läppischen) oder den katatonen oder endlich den depressiv-paranoiden Formen ähnlich werden, wobei die anfangs nur scheinbar oder wirklich vorhanden gewesene Verwirrtheit allmählich abklingt und katatone Symptome oder Wahnideen mit Halluzinationen oder endlich hebephrene Züge das Krankheitsbild beherrschen und zu dem charakteristischen, geistigen Schwächezustande führen. Der auffallende, akute, leicht mit dem Krankheitsbilde der Amentia zu verwechselnde Beginn dieser Geistesstörungen unter dem Bilde eines Verworrenheitszustandes rechtfertigt wohl die Zusammenfassung derselben zu einer eigenen Untergruppe der Dementia praecox, wiewohl wie gesagt der weitere Verlauf dieser Psychosen kein einheitlicher ist. Der zuletzt beschriebene Fall zeigt in seinem Verlaufe wohl auch ausgesprochen katatone Symptome; nebenbei sind aber fast dauernd hypochondrisch-paranoide Wahnideen und der charakteristische, akute Beginn mit einem Verworrenheitszustande zu konstatieren. Bei der von uns enggefaßten katatonen Form der Dementia praecox kommen im Initialstadium der Psychose allerdings auch nicht so selten vereinzelte Wahnideen meist hypochondrischen Inhaltes vor, dieselben sind aber labil, nur kurz andauernd, und wir sind meist nicht imstande, aus ihnen heraus die tiefgreifende Aenderung der ganzen psychischen Persönlichkeit zu erklären, wie sie nicht so selten im Anfangsstadium der Katatonie uns entgegentritt; immer sind und bleiben die Verschrobenheiten, das absonderliche, unverständliche Benehmen und die Charakteränderung des Kranken im Vordergrunde der Erscheinungen auch in dem Stadium der Katatonie, wo noch Wahnideen labiler Natur vorhanden sein mögen. Im Stadium conclamatum der Katatonie verschwinden die letzteren fast ganz,

und die Willensstörungen und Motilitätssymptome bestimmen weiter den charakteristischen Verlauf der Psychose.

Ich fahre nun in der Kasuistik der hierher gehörigen Fälle fort.

Fall 19. R. C., 37 Jahre alt, katholisch, verheiratet, hereditär belastet (Vater in einer Irrenanstalt gestorben), erkrankt Ende Dezember 1904 im achten Monate einer Laktation an Erregungszuständen, Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. Sie glaubt, ihr Mann werde sie verlassen, die Leute laufen ihr auf der Gasse nach, durch die Mauern werde in ihre Wohnung Gift gespritzt. Nach einigen Tagen tritt zunehmende Inkohärenz und verwirrtes Benehmen auf, wobei die Erregung sich ins Maßlose steigert. Bei der Untersuchung am B. Z. und in der Kierlinger Anstalt ist Patientin hochgradig erregt, ängstlich, schlaflos, unruhig, widerspenstig, reißt die Kleider vom Leibe, läuft nackt herum, zieht andere Kranke aus den Betten, schreit, sie sei der Herr im Hause; sie rauft blindwütend, schlägt mit den Händen und Füßen um sich, poltert nach ihrer Isolierung an der Zellentür. Die Erregung und extreme Affektsteigerung mit plötzlichem Umschlag in entgegengesetzte Stimmungslagen sind viel ausgesprochener als die eigentliche Verwirrtheit, die zum geringeren Teile auf primärer Inkohärenz beruht, größtenteils vielmehr durch Aufmerksamkeitsstörung, hochgradige Erregung, Affektschwankungen, Neigung zum Vorbeireden und Willensstörungen erzeugt wird. Die Personalien weiß Patientin richtig anzugeben, auch das Datum bezeichnet sie annähernd richtig; sie weint plötzlich, weil man sie von ihren Kindern weggerissen habe; vorwiegend ängstlicher Affekt, plötzlich umschlagend in lebhafte Heiterkeit. Patientin singt und lärmt in der Zelle, duldet kein Hemd, zerreißt den Strohsack, halluziniert, bleibt stundenlang regungslos liegen, zeigt dann wieder verwirrtes Gebaren. Aber schon nach etwa vierzehn Tagen der Anstaltsbeobachtung tritt die Verwirrtheit in den Hintergrund, Wahnideen und Halluzinationen kommen nicht mehr zur Geltung. 2. März 1905 (zehn Tage nach der Aufnahme) ist Patientin ruhig, schlafsüchtig, wehrt alle Fragen ab, „weil sie ohnedies schon genug gemartert worden sei"; zeitweise ängstlich, beteuert, daß sie nichts getan habe; faßt alle ärztlichen Maßnahmen feindlich auf; sie höre, ihrem Kinde sei der Kopf gespalten worden. 11. März: Führt Selbstgespräche, hört beschimpfende Stimmen: sie werde hier ausgelacht, es möge sie niemand. 16. März: Unruhig, bettet herum, wirft alles durcheinander, singt, spricht ideenflüchtig, gibt aber oft wieder ganz zutreffende Antworten. 24. März: Bereits unrein, schmiert mit Speisen und Sekreten, ohne schwer verwirrt zu sein. 31. März. Leicht ideen-

flüchtig, wird durch jeden Eindruck abgelenkt, verspürt Totengeruch, schlägt grundlos die Mitpatienten und beschüttet sie mit Wasser, spuckt herum, wirft mit dem Eßgeschirr. In den nächsten Monaten ziemlich unverändertes Verhalten. Patientin beantwortet oft einzelne Fragen ganz richtig, spricht dann unvermittelt ideenflüchtig, verwirrt in Reimen weiter; dabei meist unruhig, gerät leicht in hochgradigen Affektausbruch, ist oft ganz abweisend und mutazistisch; paranoide Ideen bestehen fort. Gegen Oktober 1905 verblassen die akuten psychischen Störungen immer mehr und mehr, explosive, unmotivierte Erregungszustände wechseln mit Zeiten monotoner Apathie. Seither bietet die Kranke unverändert das Bild eines für Dementia praecox charakteristischen Schwachsinnes.

In diesem Falle tritt zunehmende Verworrenheit erst nach einem kurzen Vorstadium, das durch Erregung, paranoide Ideen und Sinnestäuschungen charakterisiert ist, auf. Auch hier steht dauernd während des Krankheitsverlaufes die ängstliche Erregung gegenüber der eigentlichen Verwirrtheit im Vordergrunde des klinischen Krankheitsbildes. Im ganzen Verlaufe der Psychose spielen die paranoiden Ideen neben den Erregungszuständen eine wesentliche Rolle.

Ich hätte noch eine Menge ähnlicher derartiger Fälle, wo die Geistesstörung, mit oder ohne ein Vorstadium akut mit einem Verworrenheitszustande einsetzend, nach kürzer oder länger dauerndem Verlaufe, während dessen die verschiedensten Symptome hebephrener oder katatoner Natur zur Beobachtung gelangten, zu einem definitiven, für die Kraepelinsche Psychose charakteristischen Schwachsinne führte. Das verwirrte Reden und Handeln dieser Patienten ist meist durch einen Komplex psychopathologischer Symptome bedingt, wobei sich gewöhnlich wirkliche, primäre Inkohärenz (ataktische Verwirrtheit) mit Willens-, Aufmerksamkeitsstörungen und Erregungszuständen verbinden. Das Symptom der primären Inkohärenz als Assoziationsstörung ist für sich allein betrachtet natürlich nicht zu unterscheiden von dem gleichen Krankheitszeichen, wie es uns bei reinen Amentia-Fällen und den Erschöpfungspsychosen im engeren Sinne entgegentritt; dieses eine Symptom kann aber trotzdem nicht die Diagnose Amentia für derartige Fälle rechtfertigen, weil wir ja unsere Krankheitstypen nicht nach einem bestimmten Symptom, sondern nach Aetiologie,

Verlauf oder Ausgang zu umgrenzen trachten. Eine akute Psychose, die das Symptom der ataktischen Verwirrtheit zeigt, braucht nun ebenso wenig mit der klinischen Krankheitseinheit Amentia etwas zu tun zu haben, wie nicht jede akute Lungenaffektion, die mit Fieber und Infiltrationserscheinungen einhergeht, dem klinischen Krankheitstypus der kruppösen Diplokokkenpneumonie mit ihrem charakteristischen Verlaufe und den ihr eigentümlichen Veränderungen im Harn und Blutbilde entsprechen wird. Zur Diagnose und zum Krankheitsbilde der Amentia gehört eben unserer Ansicht nach außer diesem allerdings sehr wichtigen und äußerlich vielleicht hervorstechendsten Symptome der primären Inkohärenz noch die Bewußtseinstrübung, das schwere Allgemeinbild in somatischer Hinsicht und endlich eine greifbare causa movens in ätiologischer Hinsicht. Ich will es bei den zwei kurz angeführten Beispielen für derartige akute Psychosen bewenden lassen, um den Leser mit Krankengeschichten nicht weiter zu ermüden, um so mehr als ich ja im zweiten Teile der vorliegenden klinischen Studie noch einmal auf die ganze Frage — Differentialdiagnose zwischen Amentia und bestimmten Dementia praecox-Fällen — näher eingehen und zusammenfassend berichten werde.

Dementia praecox-Fälle mit intermittierendem Verlaufe.

Ich komme nun zu einer weiteren Gruppe von Dementia praecox-Psychosen, die sich durch ihren intermittierenden Verlauf charakterisieren; es lösen sich in diesen Fällen Remissionen und Exazerbationen ein und derselben Geistesstörung ab. Diese Psychosen verlaufen somit in Schüben; die einzelnen psychotischen Attacken sind nun einander entweder mehr oder weniger ähnlich oder die einzelnen Formen psychischer Störungen wechseln bei jeder psychischen Krankheitsphase. Die wichtigsten Typen dieser in Schüben verlaufenden Dementia praecox-Fälle sind die zirkuläre (manisch-depressive) Verlaufsform, dann die unter dem Bilde einer periodischen Pseudomanie sich darstellenden Formen und endlich die periodisch oder rezidi-

vierend auftretenden katatoniformen Erregungs- und Verwirrtheitszustände. In manchen Fällen sind, wie erwähnt, die einzelnen Anfälle psychischer Störungen voneinander ganz verschieden. Die Psychose setzt z. B. mit einem Verwirrtheitszustande ein, der nach einiger Zeit abklingt, also in relative Heilung übergeht, wobei aber sehr häufig schon nach einem derartigen ersten Schub der Erkrankung bereits eine Aenderung im Wesen und Charakter dieser Kranken zurückbleibt; nach einigen Monaten eröffnet nun ein Stupor neuerdings die Szene, dem weiter nach einiger Zeit ein hebephrenes Zustandsbild folgen kann, das dann vielleicht erst zum definitiven Schwachsinn führt. Solcher Kombinationen gibt es in praxi eine ganze Reihe.

Ich schließe nun einige das Gesagte illustrierende Beispiele von Krankengeschichten an.

Fall 20. B. W., 16 Jahre alt, katholisch, ledig, hereditär belastet (Vater: Trinker), erkrankt anfangs Juni 1903 akut an einem depressiv-paranoiden Zustandsbilde. Sie fürchtet, eingesperrt zu werden, weil sie alle Leute beleidigt habe; deshalb schaut alles auf sie und spricht über sie. Bei der Untersuchung äußert Patientin hochgradigste Angst, drängt sich mit Selbstmordgedanken an den Arzt, zeigt ein kleinmütig zerknirschtes, ängstlich gespanntes Wesen, verweigert die Nahrung. Sie glaubt, jede Strafe zu verdienen, äußert, sie sei nichts wert; dabei besteht deutliche psychomotorische Hemmung. Sie will nichts essen, weil sie nichts zahlen könne. Orientierungsfähigkeit, Gedächtnis und intellektuelle Fähigkeiten ungestört; beschimpfende Gehörstäuschungen. In den ersten Wochen ihres damaligen Anstaltsaufenthaltes unverändert depressiv ängstlich. Die Kranke spricht sehr wenig; ihre spärlichen Antworten sind nur leise und monoton. Patientin steht mit gefalteten Händen herum, fragt oft, ob sie wirklich umgebracht oder erschossen werde, meint, sie habe die meisten Sünden, sie dürfe nichts essen, keine Strümpfe anziehen, weil sie nichts zahlen könne. Ende Juli 1903 wird Patientin etwas regsamer, fängt oft unvermittelt und grundlos zu lachen an, reißt Mitpatientinnen urplötzlich unter Lachen bei den Haaren, rauft, kratzt und beißt, ohne dabei eine stärkere Erregung erkennen zu lassen. Sie wirft Bänke um, küßt anderen die Hände, steckt Kleider in den Abort und treibt sonst allen möglichen Unsinn, spricht aber meist bei ihren absonderlichen Handlungen kein Wort. In den nächsten Wochen zunehmende psychomotorische Erregung, Verschwinden des depressiven Zustandsbildes. Patientin wird nun oft aggressiv,

will andere Kranke aus dem Bette werfen, greift anderen unter die Röcke, wirft mit Kot, will den Inhalt der Spucknäpfe verspeisen, überfällt und mißhandelt andere, ist in fortwährender Bewegung, dabei übermütig, lacht viel, treibt allerlei Schabernack. Im Oktober und November 1903 hat die hebephrenisch-manische Erregung den Höhepunkt erreicht; die Kranke spricht viel trotz aufgelegtester Gedankenarmut, springt auf Tischen und Bänken herum, ist immer zu Witzen aufgelegt. Anfangs Januar 1904 wird Patientin, obzwar noch in hypomanischer Verstimmung, gegen Revers entlassen. Im November 1904 erfolgt bereits die zweite Internierung der Kranken. Die Eltern derselben geben an, daß Patientin nach ihrer Entlassung (Januar 1904) noch deutlich in ihrem Wesen verändert war. In ihrem Charakter war sie eine ganz andere geworden; die Kranke war fortwährend nur auf ihre „Toilette“ bedacht, zeigte sich sehr vergnügungssüchtig, wollte alle Bälle besuchen, war immer heiter, redselig; allmählich besserte sich ihr Zustand. Zu leichteren häuslichen Arbeiten konnte sie verwendet werden, besorgte auch allein Einkäufe. Spontan berichten aber die Eltern, daß Patientin nach der ersten Attacke ihrer psychischen Erkrankung (Juni 1903 bis Januar 1904) nicht mehr die frühere Persönlichkeit war. Die Kranke war nicht mehr so verläßlich und ordentlich in ihren Arbeiten, wurde schlampig und fahrig in ihrem Wesen, gegen ihre Eltern weniger folgsam und liebevoll, ja oft aufbrausend, ließ sich in ihrer Reizbarkeit auch zu Beschimpfungen der Eltern ganz gegen ihre frühere Gewohnheit hinreißen. Im Juli 1904 zeigten sich bereits wieder deutliche psychische Störungen. Die Kranke wurde schlaflos, verdrießlich, langsam in ihren Arbeiten, sprach und verkehrte weniger mit ihrer Umgebung, saß oft stundenlang ohne Initiative auf einem Flecke, klagte dabei über Kopfschmerzen und ziehende vage Schmerzen im ganzen Körper. Ende August 1904 nahm rapid der psychomotorische Hemmungszustand zu, so daß Patientin bereits anfangs September vollkommen stuporös war, kein Wort mehr sprach und pflegebedürftig wurde. Sie ließ in diesem Zustande Kot und Urin unter sich und mußte ausgespeist werden. Der Stupor wurde zeitweise plötzlich unterbrochen von krampfhaftem Lachen und Singen. Anscheinend war die Kranke bei ihrem Verhalten immer klar und über ihre Situation orientiert. Gegen Mitte November 1904 zeigte sie sich wieder etwas regsamer, spielte mitunter mit ihren jüngeren Geschwistern, allerdings ohne ein Wort zu sprechen. Periode immer regelmäßig. Zunahme des Körpergewichtes, gieriges, unappetitliches Essen. Patientin kommt so am 19. September 1904 in stuporösem Zustande zum zweiten Male zur Aufnahme in unsere Anstalt. Die Kranke ist psychomotorisch gehemmt, ihr Gesichtsausdruck aber

läppisch heiter; sie antwortet auf keine Fragen, grimassiert, zeigt Andeutung von Katalepsie, lacht unmotiviert krampfhaft auf.

22. November 1904: Patientin steht oft aus dem Bette auf, setzt sich aufs Fensterbrett oder läuft mutazistisch im Zimmer herum, lacht, grimassiert, lutscht an ihren Fingern; zeitweise produziert die Kranke in ihren sprachlichen Aeußerungen reinsten Wortsalat. Sie versteht alle Fragen, ist läppisch heiter in ihrem Wesen und Benehmen, dabei unsauber, unordentlich, vernachlässigt ihr Aeußeres. Dieses Zustandsbild bleibt in den nächsten Wochen ziemlich unverändert. 10. Januar 1905: Nachts plötzlich sehr unruhig und störend, kirrt und lacht, springt herum, spricht aber sehr wenig. Unverändert läppisch-manisches Gebaren bis April 1905. Die Kranke ist während dieser Zeit immer übermütig, neckt jedermann, treibt Allotria, spricht allmählich auch etwas mehr. Ende April wird Patientin ruhiger, spricht meist ganz geordnet, ist aber in ihrer Stimmung noch hypomanisch, krankheitsuneinsichtig. 17. Mai 1905: Immer heiter, aber unter Aufsicht zu leichterer Arbeit zu verwenden, schreibt ziemlich geordnete Briefe an die Eltern. Am 28. Mai 1905 wird Patientin abermals gebessert der häuslichen Pflege übergeben. Nach Angabe der Eltern dauerte der hypomanische Zustand bei der Kranken den ganzen Sommer 1905 bis in den Herbst hinein. Patientin arbeitete zwar fleißig, war aber dabei ganz ungebunden, ausgelassen heiter. Gegen Neujahr 1906 stellte sich nun allmählich wieder ein Hemmungszustand (der dritte seit Beginn der Erkrankung) ein; die Kranke wurde wieder ganz still, pflegebedürftig, arbeitete und sprach nichts mehr; dabei zeigte sie Neigung zu allerlei schelmischen Streichen und Entweichungen. Bei ihrer dritten Aufnahme in die hiesige Anstalt (16. Mai 1906) kommt Patientin läppisch lächelnd zum Examen, lutscht wieder mit den Fingern, spricht nur hier und da ein Wort, ohne aber diesmal eine schwerere psychomotorische Hemmung zu zeigen. Die Hauptstörungen bestehen in mangelnder Initiative und Spontaneität, in vollkommener Apathie und Interesselosigkeit gegen alles. Die meisten Fragen beantwortet sie denkfaul mit einem monotonen: „ich weiß es nicht". Sie zeigt eine schwere Aufmerksamkeitsstörung, nickt wie automatisch zu vielen Fragen, grimassiert oder kaut an ihren Fingern herum. Das Benehmen der Kranken trägt diesmal deutlich den Stempel hebephrenischen Schwachsinnes an sich. 29. Mai 1906: Läppisches, verschrobenes Benehmen; mutazistisch, unsauber, lacht dement vor sich hin, fängt oft zu singen an, hüpft in großen Sprüngen durch den Saal. — Unverändertes Verhalten bis in die letzte Zeit; Hemmungszustände, Stupor oder manische Verstimmungen sind geschwunden, der hebephrene Schwachsinn, wie wir ihn bei den reinen Formen der Hebephrenie

oben geschildert, beherrscht jetzt schon seit über Jahresfrist unverändert das klinische Bild. Patientin ist immer ausgelassen lustig, springt läppisch herum, reißt ab und zu unvermutet eine Pflegerin bei den Haaren, ist oft grob und gewalttätig gegen ihre Umgebung, stoßt und neckt die anderen Kranken, ist im allgemeinen in ihrem Benehmen und Auftreten ganz ungeordnet, zerfahren, ohne verwirrt zu sein.

Der kurz geschilderte Verlauf der Psychose, die Entwickelung einer typischen Schwachsinnsform, das Auftreten der verschiedensten, für das Jugendirresein charakteristischen Symptome lassen den Fall unschwer in die große Dementia praecox-Gruppe einreihen. Interessant ist der zumindest anfangs deutlich ausgesprochene manisch-depressive Verlauf. Die Psychose beginnt mit einem Zustandsbilde, das einer Melancholie sehr ähnelt, weshalb die Kranke auch mit dieser Diagnose uns von der psychiatrischen Klinik zugeführt wurde. Aber schon bei dieser ersten Attacke der psychischen Erkrankung treten gewisse suspekte Symptome auf: vor allem die ominösen, beschimpfenden Gehörstäuschungen, das unvermittelte, grundlose Lachen aus dem psychomotorischen Hemmungszustande heraus, die Erregungszustände ohne eigentlichen Affekt. Auch die nun folgende, pseudomanische Phase hat in ihrem ganzen Verlaufe ein plumpes, läppisch-schwachsinniges Gepräge; nirgends zeigt sich der Witz, die übersprudelnde Ideenflucht, das gehobene Selbstbewußtsein, die Vielgeschäftigkeit, Reizbarkeit, Verschlagenheit, die Sucht zu Nörgeleien und Intriguen, die das Verhalten der zirkulär Manischen beherrschen. Das ganze Bild, das unsere Patientin bot, ist ein mehr einförmiges, die Streiche, die sie unternimmt, sind einfältig, ohne Witz, ihr Bewegungsdrang ist elementar sinnlos, ohne Zielvorstellungen, ihr Rededrang verrät Gedankenarmut. Dazu kommen dann im weiteren Verlaufe ausgesprochene Dementia praecox-Symptome: Wortsalat, Katalepsie, hebephrene Züge. Aus dem Gesagten ergibt sich die Abgrenzung des Falles vom eigentlichen manisch-depressiven Irresein von selbst. Bei der letzten Aufnahme trat der hebephrene Schwachsinn bereits ziemlich rein zutage. Der Krankheitsfall ist nicht nur erwähnenswert wegen seines zirkulären Verlaufes, sondern auch wegen seines Ausganges in ein Zustandsbild, das wir schon früher bei der Besprechung der Fälle von

reiner Hebephrenie kennengelernt haben. Es zeigt sich uns hier wieder die schon öfter hervorgehobene Tatsache, daß der sogenannte hebephrenische Schwachsinn nicht nur der eigentlichen Hebephrenie als solcher eigen ist, sondern auch häufig ganz im allgemeinen den Endausgang anderer Dementia praecox-Psychosen bildet. So erwähnte ich, daß gewisse depressiv-paranoide Fälle von Dementia praecox zu rascher Verblödung mit hebephrenen Zügen führen und ebenso werden wir im folgenden sehen, daß nicht nur die zirkulären, sondern auch die unter dem Bilde einer periodischen Manie (Pseudomanie) verlaufenden Dementia praecox-Psychosen ebenso meist mit einem typisch hebephrenen Schwachsinne enden, der sich in nichts unterscheidet von dem bei reiner Hebephrenie vorkommenden.

Bei dieser letzteren Psychose zeigt sich eben das Bild des hebephrenen Schwachsinnes schon im Beginne der Erkrankung rein und ohne Beimischungen, während in den anderen Fällen (zirkuläre, manische, depressiv-paranoide Formen) von Dementia praecox die hebephrene Demenz erst nach Ablauf der früher vorhanden gewesenen, verschiedenen psychotischen Zustandsbilder deutlich zutage tritt. Wir könnten so also gewissermaßen eine primäre von einer sekundären Hebephrenie unterscheiden.

Als weiteres Beispiel einer in Schüben verlaufenden Dementia praecox möchte ich noch folgenden Fall anreihen. Es handelt sich ebenfalls um eine intermittierend verlaufende Geistesstörung, die nach wiederholten Anfällen psychischer Störungen, die auch teilweise mit manisch-depressiven Phasen einhergingen, derzeit das Bild eines ausgesprochenen Schwachsinnes mit hebephrenen Zügen darbietet.

Fall 21. S. R., 22 Jahre alt, katholisch, ledig, ist im 18. Lebensjahre zum ersten Male psychisch erkrankt. Sie sei damals kopfleidend gewesen und wurde nach ihren Angaben und der Aussage ihrer Pflegemutter ärztlicherseits wegen Neurasthenie behandelt. Die Kranke litt auch tatsächlich an mannigfachen neurasthenischen Symptomen: sie klagte über allgemeine Mattigkeit, Schlafsucht und Kopfschmerzen; die Arbeit freute sie nicht mehr; die Kranke wurde gegen alles interesselos, traurig verstimmt. Patientin ließ sich in verschiedenen Spitälern wegen ihrer „Nerven“ behandeln; überall riet man ihr Uebererernährung

und Ruhe an. Dieses neurasthenische Stadium ihrer Erkrankung soll mit kurzen Remissionen gegen zwei Jahre (1901 bis 1903) angedauert haben, scheint aber mit einer wirklichen, essentiellen Neurasthenie im Sinne einer Erschöpfungsneurose nichts als die Aehnlichkeit der Symptome gemein gehabt zu haben und dürfte wohl als ein symptomatisches, neurasthenisches Vorstadium der beginnenden Psychose anzusehen sein. Im Jahre 1903 erfolgte nun die erste Internierung der Patientin ins Wiener B. Z., angeblich wegen eines hystero-epileptischen Anfalles. Die psychiatrische Behandlung dauerte ungefähr vier Monate; während dieser Zeit scheinen ausgesprochene Stimmungsschwankungen im Sinne von manisch-depressiven Phasen bestanden zu haben. Nach ihrer Entlassung aus dem Irrenhause arbeitete Patientin angeblich wieder in einem Geschäft und fühlte sich ziemlich wohl; ob nicht leichte Charakteränderungen der Kranken nach dieser ersten psychischen Attacke damals schon bemerkbar waren, ist anamnestisch nicht zu eruieren. Im Jahre 1904 setzte nun ganz unvermittelt ein Verwirrtheitszustand ein. Die Kranke war dabei psychomotorisch erregt, tanzte, schrie und lärmte, war von Halluzinationen beherrscht.

Am B. Z. soll der Verwirrtheitszustand noch ungefähr drei Wochen angedauert haben. Nach dieser Zeit wurde Patientin nach Hause auf Urlaub entlassen. Bald aber setzten die psychischen Störungen von neuem ein. Die Kranke bekam heftige Angstzustände, unternahm Entweichungsversuche von Hause weg und mußte deshalb zum dritten Male in eine Irrenanstalt gebracht werden. Daselbst war Patientin wieder durch vier Monate ganz verwirrt, aufgeregt und meist schlaflos. Entlassung im Herbste 1904. Seitdem arbeitete Patientin wieder zu Hause bis Juli 1905, zu welcher Zeit sich abermals ganz unvermittelt ein trauriger Verstimmungszustand einstellte. Die Kranke konnte wieder nicht arbeiten, nicht recht schlafen, nichts freute sie, es war ihr immer so traurig zu Mute, daß die Kranke selbst wieder in eine Anstalt verlangte. Der bis jetzt geschilderte Krankheitsverlauf gibt natürlich nur ein ungefähres Bild der intermittierenden Psychose; für unseren momentanen Zweck ist aber die Tatsache genügend, daß wir es augenscheinlich hier wieder mit einer in Schüben verlaufenden Geistesstörung zu tun haben, die von einem neurasthenischen Vorstadium eingeleitet, zeitweise manisch-depressive Phasen und Verwirrtheitszustände erkennen läßt und schließlich zu dem gleich näher zu schildernden definitiven Endausgange der Psychose, einem Schwachsinn mit hebephrenen Zügen, geführt hat. Bezüglich des Aufnahmestatus im Juli 1905 entnehme ich dem Krankenjournale kurz zusammengefaßt folgende Notizen: „Patientin ist bei der Aufnahme nervös unruhig, unaufmerksam, von eigentüm-

lich schüchternem, gebundenem Wesen, wenig mitteilsam, dabei aber in keiner Weise verwirrt. Keine hereditäre Belastung. Patientin macht ihre Angaben zaghaft, oft widersprechend, weiß sich an einzelne Details nicht genau zu erinnern. Sie ist ganz klar, derzeit frei von Wahnideen und Halluzinationen, ohne stärkere affektive Störungen im Sinne von manisch-depressiven Verstimmungen, dagegen zeigt das ganze Wesen und Benehmen der Kranken etwas Unfreies, Unentschlossenes und macht den Eindruck einer gewissen Debilität. Es fehlt der Kranken jede Spontaneität und Initiative, ihr geistiger Horizont ist sehr eingeengt; es zeigen sich bereits deutliche Defekte der Urteils- und Schlußbildung, zum Teile auch Verlust erworbener Kenntnisse. Die Kranke macht in ihrem ganzen Gebaren einen läppisch kindischen Eindruck." Es wurde auch damals von uns das Zustandsbild als durch Willensstörungen und leichte Demenzerscheinungen verursacht aufgefaßt und dementsprechend die Diagnose auf Dementia praecox gestellt. Der weitere Verlauf und endgültige Ausgang der Psychose bestätigte unsere damalige Annahme vollkommen. Bezüglich des Verlaufes möchte ich noch folgendes aus der Krankengeschichte nachtragen: 23. August 1905: „Patientin ist harmlos, kindisch, lächelt immer wie verschämt vor sich hin, hält sich stereotyp die Hand vor den Mund; Halluzinationen, besonders Geschmacks- und Geruchstäuschungen sehr wahrscheinlich; die Kranke spült sich sehr oft im Tag den Mund aus, spuckt herum, zwingt sich zum Erbrechen, will sich abends nicht ins Bett legen, weil sie es vor Gestank nicht aushalte."

25. August: Gibt über ihr Innenleben keine Auskünfte, sitzt ohne Initiative beschäftigungslos herum; bei gelegentlichen Ansprachen immer verlegen lächelnd und räuspernd, wiederholt affektlos immer wieder die eine Bitte nach baldiger Entlassung. 30. August: Trotz ihrer Apathie ist Patientin reizbar, sehr empfindlich, teilt gelegentlich gleich Ohrfeigen aus. 15. September: Ausgesprochene Urteilsschwäche. Patientin will sich von den Pflegerinnen Geld ausborgen, um zu entweichen; infolge von Gefühlstäuschungen, Geschmacks- und Geruchshalluzinationen wäscht sie sich wiederholt während des Tages, spuckt und gurgelt fortwährend. In den nächsten Monaten treten unvermittelt Erregungszustände auf. Patientin jammert und weint oft grundlos, gebärdet sich wie verzweifelt, schreit dann wieder in höchster Erregung, strampelt mit den Füßen. Patientin verweigert oft die Nahrungsaufnahme, wird gegen die Pflegerinnen gewalttätig, stößt, kratzt und beißt in ihrer Erregung; dem Arzte geht sie lächelnd aus dem Wege. Im Januar 1906 zeitweise noch dieselben Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, vage, hypochondrische Ideen: der Doktor ziehe ihr das ganze Blut heraus. In ihrem Benehmen

wird die Kranke immer absonderlicher, ungeordneter. Sie steht stundenlang untätig mit vor den Mund gehaltenen Händen vor der Eingangstüre der Abteilung, läuft aber sofort davon, wenn der Arzt eintritt. Meist ist Patientin ganz initiative- und interesselos, zeigt ein ausgesprochen hebephrenes Gebaren. Mitten aus ihrer Apathie heraus beginnt sie plötzlich mit den Pflegerinnen zu raufen, drängt sinnlos hinaus, zerreißt ihre Kleider oder verlangt stürmisch ihre Entlassung, sonst „bringe sie jemanden um"; dabei gerät Patientin in einen tobsuchtsartigen Erregungszustand, verfällt aber bald wieder in stumpfsinnige Apathie. Seit mehr als Jahresfrist zeigt die Kranke unverändert das gleiche Bild hebephrenischer Demenz. Sie lacht immer läppisch, wenn man sie anspricht, statt zu antworten, hält sie die Hand vor den Mund und steht so stundenlang in einem Winkel, läuft davon, wenn man sich ihr nähern will, lacht viel zu sich selbst, ist äußerlich unrein und ungeordnet, geht mit aufgelösten Haaren umher, behält oft keine Kleider an und zeigt in ihrem ganzen Gebaren deutlich einen vollkommenen Zerfall und eine Zerfahrenheit ihrer psychischen Persönlichkeit.

Die besprochene zirkuläre, im allgemeinen intermittierende Verlaufsweise der Dementia praecox ist besonders unter den jugendlichen weiblichen Patienten recht häufig; ebenso entpuppen sich viele Fälle von periodischer Manie später als eine in Schüben verlaufende Dementia praecox. Meist wird in derartigen Fällen schon bei der ersten Attacke psychischer Erkrankung der Verdacht auf Dementia praecox gelenkt durch das Auftreten gewisser suspekter Symptome: ausgesprochener Negativismus, Katalepsie, plötzliche Erregungszustände aus dem Stupor heraus, Verschrobenheiten, Manieren, impulsive Handlungen, Auftreten von hypochondrischen Sensationen und Wahnideen nebst Gehörstäuschungen beschimpfenden oder bedrohlichen Inhaltes während der depressiven Phase, Gedankenarmut, hebephrenes, läppisches Benehmen, elementarer Bewegungsdrang, sinnlose Zerstörungswut, ausgesprochen katatoniforme Erregungszustände, Koprolalie während der sogen. manischen Phase. In manchen Fällen lassen uns aber derartige, die wahre Natur der Geistesstörung beleuchtende Symptome im Stiche und oft zeigt erst der weitere Verlauf der intermittierenden Psychose, daß auch die erste manische oder depressive Phase nicht der Ausdruck eines endogenen, periodischen (manisch-depressiven) Irreseins war, sondern eben bereits die erste Attacke

einer in Schüben oder unter direkt zirkulärem Bilde verlaufenden Dementia praecox war. Es verhält sich da ebenso wie in jenen, doch seltenen Fällen von akuten Verworrenheitszuständen, wo wir beim ersten Examen oft gar keine Anhaltspunkte für Dementia praecox finden können und doch der weitere Verlauf lehrt, daß wir es nur mit einem Zustandsbilde einer Dementia praecox zu tun hatten. Derartige Fälle werden natürlich in der Praxis immer wieder vorkommen, dürfen uns aber nicht davon abhalten, nach einmal richtig erkannten Grundsätzen beim Aufbau unserer psychiatrischen Diagnosen vorzugehen, weil wir in der größeren Mehrzahl der Fälle gewiß das Richtige treffen und viel weniger Enttäuschungen erleben werden als derjenige Psychiater, für den jeder Verworrenheitszustand eine Amentia, jedes manisch-depressive Zustandsbild eine funktionelle Manie oder Melancholie darstellt. Häufig finden wir bei jenen manischen Erregungszuständen, die in das Gebiet der Dementia praecox gehören, ein neurasthenisch-hypochondrisches Vorstadium, wie das übrigens auch bei anderen Verlaufsformen der Dementia praecox so häufig ist, und weiters lassen sich in derartigen Fällen häufig anamnestisch ausgesprochene paranoide Ideen vor dem Einsetzen der manischen Erregung eruieren, wie solche paranoide Züge oft auch später während der ganzen Dauer der manischen Attacke hervorstechen. Diese periodisch oder intermittierend verlaufenden „Pseudomanien“ haben, wie erwähnt, oft ein ausgesprochen hebephrenes Gepräge und führen auch meist zu einem Schwachsinn, der ebenfalls noch hebephrene Züge erkennen läßt.

Die rein paranoiden Fälle von Dementia praecox (Dementia paranoides).

Zum Schlusse dieses ersten Abschnittes der vorliegenden Arbeit, die der Beschreibung der einzelnen Verlaufsformen und der Symptomatologie der Dementia praecox gewidmet war, hätte ich noch mit einigen Worten die rein paranoiden Fälle im Sinne der Dementia paranoides Kraepelins zu erwähnen

und zu dieser ganzen Frage kurz Stellung zu nehmen. Bekanntlich gehen die Ansichten der Autoren gerade bezüglich der Abgrenzung der Dementia paranoides und deren Zugehörigkeit zur Dementia praecox weit auseinander. Viele sind der Ansicht, die chronischen, mit Wahnbildung einhergehenden Psychosen überhaupt nicht zur Dementia praecox zu rechnen, sondern sie einfach unter dem Krankheitsbilde der Paranoia zusammenzufassen. Dieser Standpunkt mag ja ein befriedigender sein, solange man nur das momentane, psychische Zustandsbild analysiert und berücksichtigt, ohne auf den ganzen Verlauf und den Endausgang der Psychose Rücksicht zu nehmen. Die Kraepelinsche Schule baut dagegen ihre Diagnose nur nach dem ganzen Verlaufe einer Psychose auf, der sich allerdings oft über Jahrzehnte mit entsprechenden Unterbrechungen (z. B. intermittierendes, manisch-depressives Irresein) erstrecken kann; und überblickt man von diesem Gesichtspunkte aus den ganzen Verlauf derartiger, mit chronischer Wahnbildung und Halluzinationen einhergehender Psychosen, so muß man zugeben, daß Kraepelin von seinem Standpunkte aus ganz recht hat, wenn er die Mehrzahl dieser chronisch verlaufenden Geistesstörungen auch dann zur Dementia praecox im weitesten Sinne rechnet, wenn selbst im Beginne oder während der ersten Jahre der Beobachtungszeit die für Dementia praecox sonst charakteristischen Symptome fehlen; denn die Erfahrung lehrt, daß oft nach Jahren einfacher, chronischer Wahnbildung plötzlich die Psychose von einem ausgesprochen katatonischen Erregungszustande oder Stupor unterbrochen wird, woran sich dann oft rapid Dissoziationssymptome und geistiger Zerfall anschließt, in anderen Fällen aber wieder nach Abklingen der verdächtigen Symptome das rein paranoische Zustandsbild seine Fortsetzung findet und sich dann erst nach weiterem jahrelangen Verlaufe typische geistige Schwächesymptome herausbilden. Ich könnte derartige Fälle aus eigener Erfahrung und aus der Literatur anführen, will aber nicht durch weitere Krankheitsskizzen unnötig ermüden. Jedenfalls ist die Paranoia im Kraepelinschen Sinne eine äußerst seltene Psychose; denn nach seiner Ansicht müssen wir ja jede paranoide Psychose, besonders wenn Halluzinationen und physikalischer Beeinflussungs-

wahn eine wesentliche Rolle im Krankheitsbilde spielen, bezüglich der Diagnose Paranoia mit Vorsicht auffassen. Vom rein klinischen Standpunkte aus ist ja gewiß gegen eine derartige Meinung nichts einzuwenden; rein praktisch genommen haben wir allerdings durch die Aufstellung der Dementia paranoides Kraepelins nicht viel gewonnen, insofern wir es ja bei den Untersuchungen eines chronisch paranoiden Zustandsbildes der Psychose meist nicht ansehen können, ob die Geistesstörung einmal zu ausgesprochenem Schwachsinn führen wird oder nicht, mit anderen Worten, ob wir es mit einer Dementia paranoides oder mit einer Paranoia zu tun haben. In viel vorteilhafterer Lage befinden wir uns bezüglich unserer Prognosenstellung bei den anderen bereits geschilderten verschiedenen Verlaufsformen der Dementia praecox. Meine persönliche Meinung, die ja in der Paranoiafrage sich kaum wesentlich von der vieler anderer Autoren unterscheiden dürfte, möchte ich kurz in folgenden Sätzen zusammenfassen. Sogen. akute Paranoia konnte ich niemals als selbständige, klinisch einheitliche Psychose beobachten, sondern begegnete derartigen Fällen immer nur als episodischen Zustandsbildern bei ganz anders gearteten Psychosen. So konnte ich wiederholt „akute Paranoia" im Verlaufe der Hysterie und Epilepsie, des manisch-depressiven Irreseins, bei den verschiedenen Formen des Entartungsirreseins, bei den depressiv-paranoiden Formen der Dementia praecox und im Rahmen der alkoholischen Geistesstörungen beobachten. Am besten ist es daher, diesen Ausdruck „akute Paranoia" ganz fallen zu lassen und, sobald man von Paranoia überhaupt spricht, nur die chronisch verlaufenden Fälle im Auge zu behalten. Ich habe oben den Ausdruck akute Paranoia natürlich nicht im Sinne Ziehens gebraucht, sondern wollte damit nur ein akut entstehendes Symptomenbild, in dem Halluzinationen, Beziehungs- und Verfolgungsideen die wesentlichste Rolle spielen, bezeichnen. Bezüglich der mit chronischer Wahnbildung und Halluzinationen einhergehenden Fälle kommen wir beim Studium des ganzen Krankheitsverlaufes dieser Psychosen zu dem Ergebnisse, daß die meisten derselben in einen mehr oder minder hochgradigen, geistigen Schwächezustand ausgehen, und daß das vollkommene

Intaktbleiben der intellektuellen Fähigkeiten jedenfalls zu den größten Seltenheiten gehört. Bei jenen in geistige Schwäche übergegangenen Fällen finden wir nun solche, wo der Schwachsinn direkt einem Endausgang einer Dementia praecox entspricht und als solcher nicht zu unterscheiden ist von den Schwachsinnsformen, wie sie uns auch bei anderen Verlaufsformen der Dementia praecox entgegentreten, dann aber finden wir auch Fälle, wo keineswegs eine ausgesprochene Dissoziation und ein Zerfall der psychischen Persönlichkeit in dem Endausgange der Psychose zu konstatieren ist, sondern wo die Abschwächung der intellektuellen und gemütlichen Fähigkeiten ganz geringgradig bleibt und nur in einer gewissen Einengung des geistigen Horizontes, einem Mangel an Spontaneität und Initiative und damit zusammenhängendem Grade von Apathie zum Ausdruck kommt. Es bestehen demnach zahlreiche Uebergänge der einzelnen Schwachsinnsformen dieser paranoiden Psychosen von den leichtgradigsten bis zu den Bildern tiefsten Blödsinnes. Alle diese chronisch paranoiden Geistesstörungen, die oft erst nach jahrzehntelangem Verlaufe zu irgendeinem Grade von Schwachsinn führen, der Dementia paranoides zuzurechnen, mag ja vom streng klinisch-wissenschaftlichen Standpunkte aus richtig sein, vom praktischen Gesichtspunkte einer für die nächste Zeit bestimmten Prognosenstellung aus wird sich aber eine derartige Auffassung nie recht einbürgern können und daher immer wieder Gegner finden. Mit einem gewissen Rechte wird nämlich der strengen Kraepelinschen Anschauung in der Paranoiafrage der Vorwurf gemacht, daß erstens einmal die Diagnose der Dementia paranoides in dem weiten Sinne Kraepelins sehr unsicher ist, solange eben nicht ausgesprochene Symptome, wie sie bei anderen Verlaufsformen einer Dementia praecox vorkommen, Aufklärung bringen, und zweitens wird behauptet, daß mit der Diagnose Dementia paranoides prognostisch nicht viel gesagt ist, nachdem der voraussichtliche Schwachsinn ebensogut nach einigen Monaten wie nach einem Jahrzehnte eintreten kann. Auf eine präzise Prognosenstellung muß es aber dem Praktiker begreiflicherweise vor allem ankommen. Ich möchte daher nach meinem persönlichen Dafürhalten den Rahmen der Dementia

paranoides entsprechend einengen und nur jene Fälle als solche gelten lassen, bei denen wir wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit den Verlauf und Endausgang der Psychose voraussehen und danach die Prognose für die nächste Zeit stellen können; denn die Diagnosenstellung soll uns nach meiner Meinung immer gleichzeitig einen bestimmten Maßstab zur Prognosenstellung an die Hand geben. Ich möchte daher nur ganz bestimmte paranoide Formen von Geistesstörungen unter dem Namen einer Dementia paranoides zusammenfassen und zwar jene Fälle, die vom Beginn an mit unsinnigen Größenideen, sonstigen, phantastischen Wahnideen und originären Zügen einhergehen und bei denen erfahrungsgemäß meist rasch, schon innerhalb weniger Monate, ein ausgesprochener Schwachsinn zur Entwickelung kommt. Alle anderen mit chronischer Wahnbildung und Halluzinationen einhergehenden Psychosen, die sonst keine für Dementia praecox charakteristischen Symptome zeigen, möchte ich vorläufig noch unter dem Namen Paranoia zusammenfassen, mir aber dabei immer vor Augen halten, daß manche derartige Paranoiafälle oft nach Jahren plötzlich Dementia praecox-Symptome erkennen lassen und dann zu einem gewissen Grade von Schwachsinn führen können. Jedenfalls sind wir derzeit noch weit entfernt davon, eine präzise, sichere Prognosenstellung in derartigen Fällen, natürlich mit wenigen Ausnahmen, zu stellen und werden vielleicht überhaupt nie diesem Ziele näher kommen, weil möglicherweise der die paranoide Bewußtseinsverfälschung bedingende Hirnprozeß überhaupt bei allen paranoiden Psychosen ein einheitlicher ist, der entweder rasch verlaufend zu vollständigen geistigem Zerfalle führen kann (Dementia paranoides), oder mehr chronisch fortschreitend ein über Jahre sich erstreckendes paranoides Zustandsbild (Paranoia) schaffen kann, wobei jeden Moment aber der gewissermaßen latent fortglimmende Destruktionsprozeß im Gehirne akut aufflackern kann und klinisch dann entsprechend rasch zum geistigen Verfalle führende Dissoziationssymptome (Bilder der Dementia praecox) in Erscheinung treten läßt. Diesen eben entwickelten Gedankengang hat meines Wissens zum ersten Male Berze in mehreren Arbeiten ausgesprochen und in geistreicher Weise verfochten. So wären die

vielfachen Übergänge von Paranoia in katatone Zustandsbilder und umgekehrt, die Ablösung eines katatonen Stupors von einem oft jahrelang dauernden, rein paranoischen Zustandsbilde verständlich und eben abhängig von dem einheitlichen destruktiven Hirnprozesse, der einmal akut malignen, einmal mehr chronisch benignen Verlauf zeigt. Die Vorstellung ist ganz plausibel, wenn wir uns daran erinnern, daß auch die somatischen Krankheitsbildern zugrunde liegenden Organerkrankungen oft pathologisch-anatomisch einen einheitlichen Prozeß darstellen, der aber einmal akut rasch zur Destruktion führend, einmal wieder über Jahre hinaus chronisch verlaufen kann.

II. Teil.

Zusammenfassung und Differentialdiagnose.

Wenn wir nun nach der voranstehenden kurzen, kasuistischen und symptomatologischen Beschreibung im folgenden es versuchen wollen, eine gedrängte zusammenfassende, aber alle einzelnen klinischen Verlaufsweisen berücksichtigende Darstellung der Dementia praecox zu geben, so stehen wir einer ähnlich schwierigen Aufgabe gegenüber, wie wenn wir die vielfachen klinischen Typen der progressiven Paralyse kurz abhandeln sollten. Einer solchen Absicht voll und ganz gerecht zu werden, ist in Form der vorliegenden bescheidenen klinischen Studie nicht möglich, ist auch gar nicht in dem Zwecke dieser Arbeit gelegen, zumal wir ja über einzelne klinische Verlaufsweisen der Kraepelinschen Psychose bereits mustergültige Beschreibungen der betreffenden Krankheitsbilder haben. In der vorliegenden Arbeit kam es mir aber vor allem darauf an, von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus zusammenfassend die verschiedenen klinischen Verlaufstypen der Dementia praecox nur ganz kurz vorzuführen und deren Zusammengehörigkeit trotz der Verschiedenheit der momentanen Zustandsbilder dadurch zu erweisen zu trachten, daß wir an der Hand von Krankengeschichten zeigten, wie die einzelnen, äußerlich auch noch so verschiedenen Zustandsbilder doch immer zu ein und derselben Endstation, dem terminalen Blödsinn mit den charakteristischen Erscheinungen der Inkoordination und Dissoziation der Noo- und Thymopsyche (Stransky), und der schweren Willens- und Aufmerksamkeitsstörung bei verhältnismäßig gut erhaltenem Gedächtnismateriale und erworbenen Kenntnissen führten. In dem Plan dieser Arbeit ist es daher weniger gelegen, mustergültige oder erschöpfende Beschreibungen

einzelner klinischer Krankheitsbilder zu liefern, als vielmehr, immer wieder die Fälle nach ihren klinischen Verlaufsweisen berücksichtigend, eine kurze Übersicht über die in der Praxis am häufigsten vorkommenden Krankheitsbilder zu geben und zu versuchen, nach gewissen Einteilungsmomenten in das Ganze systematische Klarheit zu bringen. Wenn wir von diesem Gesichtspunkte aus noch einmal unsere, im ersten Abschnitte dieser Arbeit geschilderten Fälle überblicken wollen, wird uns vor allem die große Aehnlichkeit der Kraepelinschen Psychose mit der Dementia paralytica insofern auffallen, als die Dementia praecox ebenso wie die Paralyse unter den verschiedensten klinischen Bildern einsetzt und verläuft. Die Systematik und Symptomatologie der paralytischen Psychosen nun ist weit sicherer, einwandfreier und klarer bearbeitet und steht bereits sozusagen als ein fertiges Ganzes vor uns, so daß der Psychiater meist auch aus dem psychischen Zustandsbilde allein ohne Zuhilfenahme körperlicher Lähmungserscheinungen, die natürlich im gegebenen Falle, wenn vorhanden, die Diagnose immer sichern, eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf progressive Paralyse stellen kann. So weit sind wir in der Diagnostik der Dementia praecox noch nicht, einerseits, weil die ganze Dementia praecox-Frage noch neueren Datums ist, anderseits, weil nicht alle Fachkollegen, die über ein entsprechendes Material verfügen, es der Mühe wert finden, hierzu Stellung zu nehmen, um so an dem weiteren Ausbau dieser Psychose mitzuarbeiten. Die angedeutete Aehnlichkeit bezüglich der Mannigfaltigkeit der Verlaufsweisen der paralytischen Psychosen und der Dementia praecox findet ihre Ergänzung in weiteren Berührungspunkten insofern, als uns nach neuerer Auffassung sowohl die paralytischen als auch die Dementia praecox-Psychosen nur als Teilerscheinungen einer allgemeinen, tiefgreifenden Stoffwechselstörung, die im Gehirne sowohl als auch in anderen Organen greifbare, organische Veränderungen hervorrufen, entgegentreten. Auch bezüglich der Klinik der einzelnen Psychose, soweit sie in den Rahmen der Paralyse oder Dementia praecox auftritt, tritt in vielen Fällen eine auffallende Ähnlichkeit zutage. Fälle von Dementia simplex, von Katatonien, Manien mit dementen Zügen, Fälle von nihilistisch-hypochondrisch gefärbtem depres-

siven Wahnsinn finden ihre Analoga in der Klinik der Dementia paralytika. Wenn ich nun zu unserer eigentlichen Aufgabe, eine systematische Uebersicht über die klinischen Verlaufsweisen der Dementia praecox zusammenzustellen, übergehe, so möchte ich vorerst, um in die Fülle der Erscheinungen Ordnung und Systematik zu bringen, alle die mannigfachen klinischen Bilder der Dementia praecox in zwei Gruppen einteilen: nämlich erstens in solche Fälle, wo die Grundstörungen der Kraepelinschen Psychose, i. e. primäre Willensstörungen, ein gewisser Grad von Urteilsschwäche, „thymopsychische" Indolenz und Verödung, uns gleich von vornherein und unkompliziert, daher auch meist leicht diagnostizierbar entgegentreten, und in eine zweite, große Gruppe von Fällen, die unter einer symptomatisch-psychotischen Maske einsetzen und so im Beginne oft die eigentliche Natur der Geistesstörung verdecken oder wenigstens schwer auffindbar machen. Zu der ersten Gruppe von Fällen möchte ich die reinen, primären Hebephrenien, die reinen Katatonien in oben angedeutetem Sinne und die Fälle von Dementia simplex rechnen, zu der zweiten Gruppe aber alle jene Fälle von Dementia praecox, die unter dem Bilde einer symptomatischen Psychose einsetzend verlaufen und wobei erst in weiterer Folge dann die verdächtigen Symptome einer Dementia praecox zutage treten, und deren Endausgang früher oder später eine ganz bestimmte, wohlcharakterisierte, allerdings nicht in allen Fällen gleich deutlich ausgesprochene Schwachsinnsform ist, womit eben die Zugehörigkeit aller dieser verschiedenen Psychosen zu einer bestimmten, klinischen Krankheitseinheit sich klar zu erkennen gibt. Zu jener zweiten, großen Gruppe von Dementia praecox-Fällen wären also alle mit Wahnideen, Halluzinationen, primären Stimmungsanomalien oder mit Verworrenheitszuständen einhergehenden Psychosen zu rechnen. Wir haben in dem kasuistischen Teile der vorliegenden Arbeit bereits die verschiedenen, häufigeren Verlaufstypen dieser zweiten großen Gruppe von Dementia praecox-Fällen kurz kennen gelernt, weshalb es jetzt genügen dürfte, nur mit einigen Worten die betreffenden Formen nochmals zu erwähnen und zu umgrenzen. Wir haben gesehen, daß eines der häufigsten klinischen Bilder,

unter denen die Dementia praecox einsetzt und verläuft, die von uns sogenannte depressiv-paranoide Form der Dementia praecox ist, die eine Gruppe von Psychosen umfaßt, die, im jugendlichen Alter meist akut einsetzend, in ihrem Verlaufe und klinischen Gepräge etwas ganz Charakteristisches haben und die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eben gerade aus dem klinischen Bilde der Geistesstörung meist auch dann schon stellen lassen, wenn selbst die für Dementia praecox Ausschlag gebenden Symptome erst nur angedeutet oder überhaupt noch nicht auffindbar sind. Wenn sich unsere Meinung, daß es sich bei diesen akuten, depressiv-paranoiden Psychosen des jugendlichen Alters in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle immer nur um eine Verlaufsform eines Verblödungsprozesses handelt, durch weitere, allgemeine, klinische Erfahrung bestätigen sollte, so stünden wir in diesen Fällen auch Psychosen gegenüber, wo wir aus dem symptomatologischen psychotischen Zustandsbilde allein die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Dementia praecox stellen könnten, und wir wären dann bereits in derselben glücklichen Lage bezüglich unserer Diagnostik wie in der Klinik der progressiven Paralyse, wo wir ebenfalls aus dem psychischen Bilde allein oft auch ohne Vorhandensein von körperlichen Lähmungserscheinungen die Diagnose auf Dementia paralytika zu stellen vermögen. Bei allen diesen Psychosen der depressiv-paranoiden Form der Dementia praecox fanden wir die Symptomentrias: Halluzinationen depressiven, bedrohlichen Inhaltes, Beziehungsideen, hypochondrisch-nihilistische Wahnideen und Angstzustände. Je nachdem die Halluzinationen, Wahnideen oder Angstzustände im Krankheitsbilde mehr in den Vordergrund traten, fanden wir die klinischen Bilder einer halluzinatorischen Psychose, des depressiven Wahnsinns, der Angstpsychose und die melancholieähnlichen Zustandsbilder, wie sie uns im Rahmen der depressiv-paranoiden Form der Dementia praecox entgegentreten. Die Psychose setzt wie gesagt meist akut, ohne nachweisbare Causa morbioft aber auch im Gefolge von erschöpfenden Momenten (Puerperalpsychosen) ein. Die Kranken werden unruhig, ängstlich, wort, karg, ziehen sich von allem zurück, äußern vage paranoide Beziehungsideen und beginnen zu halluzinieren. Sie hören sich

von allen Seiten beschimpfen, werden mit furchtbaren Strafen bedroht, alle erdenklichen Martern werden ihnen in Aussicht gestellt: der Kopf werde ihnen abgeschnitten, das Blut vergiftet, sie leiden an der Pest, werden demnächst ans Kreuz genagelt, die Augen werden ihnen ausgestochen etc.

Zugleich mit der Zunahme der Halluzinationen des Gehörs- und Gemeingefühles, seltener des Gesichtssinnes, steigert sich die Angst, die den Kranken dann oft ganz beherrscht, den Bewußtseinsinhalt einengt und sich endlich entweder in sinnlosen, motorischen Entäußerungen oder in starrem Entsetzen mit Aufhebung aller Willkürbewegungen ausdrückt. Dieser hochgradige Angstaffekt ist aber bei der Dementia praecox meist nur von kurzer Dauer; die Kranken werden oft schon nach einigen Tagen ruhiger, halluzinieren zwar resigniert weiter, hören alle möglichen Bedrohungen und Beschimpfungen, werden aber nur hochgradiger ängstlich, wenn man mit ihnen über ihre Sinnestäuschungen spricht, sonst liegen sie ziemlich apathisch zu Bett, verständnislos, ohne Wunsch und Klage dahinlebend.

Dieser merkwürdige, frühzeitig und im Verlaufe von einigen Tagen in Erscheinung tretende Kontrast zwischen eben erst vorhanden gewesenem, hochgradigstem Angstaffekte und ruhiger Resignation, ja förmlicher Apathie fiel mir bei diesen Kranken immer auf und dürfte wohl im Sinne einer beginnenden, psychischen Dissoziations-Erscheinung zu deuten sein. Ein ganz ähnliches Verhalten finden wir ja bekanntlich in manchem Fällen von progressiver Paralyse und senilen Psychosen. Oftmals kommt es nur sekundär zu melancholischen Symptomen: Selbstbeschuldigung und Kleinheitswahn. In gewissen Fällen sind die zum Teil halluzinatorisch bedingten, depressiv-paranoiden Wahnideen das Primäre und bleiben im Krankheitsbilde immer dominierend (depress. W.), die Angst ist sekundär und erreicht nur mäßige Grade, in anderen Fällen treten die Halluzinationen und damit verbunden der Angstaffekt primär in Szene und beherrschen weiter das klinische Bild (Aehnlichkeit mit Halluzinosen anderer Aetiologie); noch in anderen Fällen treten neben den Halluzinationen gleich Selbstbeschuldigungen und Kleinheitswahn auf, die vielleicht als Erklärungswahnideen zu deuten sind (melancholische Zustandsbilder), und in einer

letzten Gruppe von Fällen treten die Halluzinationen ganz in den Hintergrund gegenüber dem anscheinend primär auftretenden, reinen Angstaffekte (eigentliche, jugendliche Angstpsychose). Diese Angst der letzten Gruppe der Dementia praecox-Kranken ist meist gegenstands- und wesenslos und es fehlt jede Motivierung. Natürlich ist ja die Untereinteilung der depressiv-paranoiden Form der Dementia praecox in die genannten vier Gruppen eine mehr oder minder künstliche und willkürliche, bezieht sich vorzugsweise auf den Beginn und das Einsetzen der Psychose und dürfte in den verschiedenen, subjektiven Reaktionen der einzelnen, psychischen Individualität auf die vorhandenen pathologischen Zerebralvorgänge eine teilweise Erklärung finden.

Im weiteren Verlaufe dieser depressiv-paranoiden Psychosen treten meist sehr bald verdächtige Symptome auf, die den psychischen Zerfallsprozeß andeuten. So verfällt der eine Kranke plötzlich aus seinem pseudo-melancholischen, depressiv-ängstlichen Zustande heraus in einen furibunden Erregungszustand mit sinnlosem Wüten gegen die Umgebung und koprolalischem Geschimpfe, ohne aber eigentlich einen Affektausbruch zu zeigen; der ganze Akt trägt den Stempel des Elementaren, Zwecklosen, Unverständlichen an sich. Ein anderer Kranker lacht in seiner tiefen Depression vor sich hin oder zeigt ausgesprochenen Negativismus und Stereotypien. Meist schon innerhalb des ersten Jahres seit Beginn der Psychose ist der eingetretene geistige Schwächezustand manifest. Unserer Erfahrung nach zeigen diese depressiv-paranoiden Fälle von Dementia praecox wenig Neigung zu Remissionen und haben auch infolge der rasch eintretenden Verblödung im allgemeinen eine ungünstigere Prognose als andere Verlaufsarten der Kraepelinschen Psychose.

Eine gewisse Sonderstellung gegenüber den eben besprochenen, depressiv-paranoiden Formen der Dementia praecox im engsten Sinne nimmt die ebenfalls im I. Teil der Arbeit bereits erwähnte spezielle Form des Jugendirreseins ein, die ein Zurücktreten der depressiven Verstimmung und Angst, dagegen ein Vorherrschen hypochondrisch-neurasthenischer Symptome und

paranoider Ideen zeigt und in kürzester Zeit zu einem typisch hebephrenischen Schwachsinn führt (sekundäre Hebephrenien).

Die Psychose betrifft meist ganz jugendliche Individuen (16 bis 19 Jahre) und zeigt ein oft monatelang dauerndes, hypochondrisch-neurasthenisches Vorstadium.

Die jugendlichen Patienten laufen von einem Arzte zum anderen mit den gewöhnlichen Klagen der Neurastheniker, wobei aber immer die hypochondrischen Beschwerden eine Hauptrolle spielen und oft schon den Charakter hypochondrischer Wahnideen an sich tragen. Im weiteren Verlaufe treten Gehörstäuschungen und Beziehungsideen auf und unter den Erscheinungen psychischer Dissoziation und Inkoordination führt die Geistesstörung rasch zu den tiefsten Formen der Verblödung mit hebephrenen Zügen.

Bei jeder im Pubertätsalter auftretenden Neurasthenie, die einerseits ein Individuum betrifft ohne psychopathische Antezedentien und ohne nachweisbare degenerative Veranlagung, und wobei anderseits keine erschöpfenden Momente einen Erklärungsgrund für das Entstehen der Neurose abgeben, ist der Verdacht einer beginnenden Dementia praecox vorhanden, ein Verdacht, der noch mehr gestützt wird, wenn hypochondrische Klagen oder eventuell solche Wahnideen im Vordergrunde des neurasthenischen Symptomenkomplexes stehen und auch in der ganzen psychischen Persönlichkeit des vermeintlichen Neurasthenikers der schon früher einmal erwähnte, auffallende Kontrast zwischen fortwährenden Klagen und Beschwerden und dabei zugleich bestehender apathischer Resignation gegenüber dem Nervenleiden zur Geltung kommt.

Die zweite, wichtige und häufig zur Beobachtung gelangende Verlaufsart jener Dementia praecox-Fälle, die mit einem psychotischen Zustandsbilde einsetzen, wären Verblödungsprozesse, die mit einem anscheinend akuten Verworrenheitszustande beginnen und die erste Zeit wenigstens unter einer amentiaähnlichen Psychose verlaufen.

Das Wichtigste, was wir bezüglich dieses Verlaufstypus der Dementia praecox zu sagen hätten, bezieht sich eigentlich auf die Differentialdiagnose zwischen Kraepelinscher Psychose und Amentia, weshalb diese Erörterung gleich hier Platz finden soll.

Vor allem möge man sich immer daran erinnern, daß das Bild der akuten Verworrenheit nur ein psycho-pathologischer Symptomenkomplex ist, der ganz verschiedenen klinischen Krankheitseinheiten angehören und sowohl bei endogen bedingten Geistesstörungen (periodischer Amentia; manisch-depressivem Irresein) als auch bei exogen entstandenen Psychosen (Amentia, Intoxikationspsychosen, Kollapsdelirien) vorkommen kann. Es ist daher vom klinischen Standpunkte, so wie ihn Kraepelin vertritt, ganz unhaltbar, überall von einer Amentia zu sprechen, wo wir einen akuten Verworrenheitszustand vor uns haben. Teilt ein Psychiater überhaupt diese rein klinische Auffassung, dann wird es ihm auch in der Mehrzahl der Fälle möglich sein, die symptomatologisch ähnlich einsetzenden Dementia praecox-Psychosen von einer wirklichen Amentia zu unterscheiden.

Die Verworrenheit bei der Amentia ist eine primäre Assoziationsstörung im Sinne einer Inkohärenz und Ataxie der Gefühle und Vorstellungen. Unsere Bewußtseinselemente sind, um bildlich zu sprechen, in Unordnung, gewissermaßen durcheinander gewürfelt, daher ohne einheitlichen Zusammenhang und tauchen so wahl- und regellos über die Schwelle des Bewußtseins empor. Der psychische Mechanismus, der Gang der Maschine ist zerstört; klinisch entsteht dadurch das Bild ideenflüchtiger Verworrenheit und die Neigung zu nur äußerlich verbundenen Assoziationsreihen (Klang, Reim, Reihenassoziation etc.).

Diese Verworrenheit ist natürlich nur ein rein funktionelles Symptom und muß als Ausdruck psychopathologischer Lähmungs- und Reizvorgänge der Großhirnrinde angesehen werden, welche krankhaften Erscheinungen eben zu einer Lockerung des normalerweise fest gefügten und nach bestimmten psychologischen Gesetzen funktionierenden Assoziationsmechanismus, zu Rededrang verbunden mit Ideenflucht führen. Neben diesem einen allerdings wichtigen und dominierenden Symptome der ideenflüchtigen Verworrenheit, das aber wie gesagt ebenso ausgeprägt bei gewissen Formen des endogenen (manisch-depressiv) Irreseins und bei einzelnen Fällen von Dementia praecox vorkommen kann, tritt uns bei der Amentia, als klinische Krankheitseinheit aufgefaßt, als fast gleichwertiges Krankheitszeichen

der traumhaft veränderte Bewußtseinszustand, der mit einer gewissen Bewußtseinstrübung und damit Hand in Hand gehender schwerer Auffassungsstörung einhergeht, entgegen. Diese Unfähigkeit, zu apperzipieren, ist ein für die Amentia in unserem Sinne ganz charakteristisches Symptom.

Als dritte Grundstörung dieser Psychose kommen die massenhaften Halluzinationen und Illusionen in Betracht, die bei dem vorhandenen, getrübten Bewußtsein das Entstehen von labilen Wahnideen und deliranten Traumerlebnissen uns verständlich machen können. Derartigen Kranken werden durch ihre Sinnestäuschungen und die illusionäre Verfälschung der Außenvorgänge ganze Szenerien, Situationen und Begebenheiten einer wirklichen Traumwelt vorgegaukelt, wodurch das ganze psychische Krankheitsbild sehr an den Bewußtseinszustand des Alkohol-Deliranten erinnert (Auffassungsstörung, Trübung des Bewußtseins, zusammenhängende, zu Traumerlebnissen sich fortspinnende Halluzinationen). Die Kranken sprechen auch oft nach ihrer Genesung von einem Traum, den sie erlebt; „sie seien erwacht wie aus einem Traum".

Von diesen Anschauungen aus ist natürlich ein prinzipieller Unterschied zwischen der Amentia und den anderen exogen bedingten, akuten Verworrenheitszuständen (Kollaps, Infektion, Inanition und Fieberdelirien) nicht mehr aufrecht zu erhalten.

Als viertes für die Diagnose Amentia Ausschlag gebendes Moment kommt das allgemeine, auch somatisch schwere Krankheitsbild (Erschöpfung, subfebrile Temperaturen, Prostration, Obstipation oder Diarrhöen, belegte Zunge etc.) in Betracht und zuletzt nicht zumindest der ätiologische Faktor. Die Amentia tritt immer nach greifbaren, exogenen Schädlichkeiten irgendwelcher Art auf.

Bei der Dementia praecox nun finden wir bei der Analyse der psychopathologischen Symptome ganz andere Grundstörungen und vermissen für den Ausbruch der Psychose vor allem meist eine verständliche Causa morbi. Das Bewußtsein des Dementia praecox-Kranken ist ungetrübt, die Auffassung gut, die Halluzinationen nicht so massenhaft und nicht auf allen Sinnesgebieten (meist nur auf Gehörstäuschungen beschränkt). Delirante, zusammenhängende Traumerlebnisse fehlen meist.

Die bei Dementia praecox in Erscheinung tretende Verwirrtheit läßt sich nun entweder zurückführen auf wirklich vorhandene primäre Inkohärenz (selten) und ist dann als einzelnes Symptom durch nichts für sich allein zu unterscheiden von der funktionellen Inkohärenz bei Amentia, oder es handelt sich bei näherer, psychischer Analyse gar nicht um eine primäre Verwirrtheit in obigem Sinne, sondern die scheinbare Verwirrtheit im Benehmen und Reden dieser Kranken ist nur vorgetäuscht durch andere elementare Grundstörungen, nicht durch primäre „ataktische“ Inkoordination im Assoziationsmechanismus, vielmehr durch Grundstörungen, die eben für Dementia praecox charakteristisch sind und bei Amentia entweder überhaupt nicht oder nicht in diesem Ausmaße vorkommen. Ich meine hiermit die Willensstörungen (verschrobenes, unverständliches Handeln), die para-, a- und hyperkinetischen Motilitätssymptome, die Neigung zum Vorbeireden, die Sprachverwirrtheit und die schwere Aufmerksamkeitsstörung. Es ist ja ohne weiteres begreiflich, daß alle diese Elementarstörungen der Dementia praecox mehr oder minder gleichzeitig und akut einsetzend den Ablauf der psychischen Funktionen schwer schädigen müssen und das Benehmen, Handeln und Reden der betreffenden Kranken derart beeinflussen und verändern werden, daß sehr wohl bei oberflächlicher Exploration eine primäre Verwirrtheit vorgetäuscht werden kann. Solche Pseudo-Verwirrte im Verlaufe einer akut einsetzenden Dementia praecox überraschen natürlich oft plötzlich mitten aus ihrer anscheinend tiefen Verwirrtheit heraus durch prompte, ganz sinngemäße Antworten auch auf komplizierte Fragen oder schreiben einen geordneten Brief an ihre Angehörigen, eben weil das Gedächtnis und der ganze Assoziationsmechanismus eigentlich zu normaler Funktion befähigt ist, sobald die Willenstätigkeit in dem wirren Spiele der psychischen Erscheinungen für Augenblicke wieder die Führerrolle übernimmt, und das momentane Bewußtseinsfeld von der im Dienste des Willens stehenden Aufmerksamkeit für kurze Zeit beleuchtet wird.

Der an Amentia leidende Kranke ist auch in seinen ruhigsten Zeiten, wenn er ganz frei von Angst und Erregung ist, zu einer irgendwie komplizierteren Assoziationsleistung nicht be-

fähigt, weil eben trotz gespanntester Aufmerksamkeit und intensiver Willensanstrengung eine assoziative, geistige Leistung unmöglich geworden ist infolge der Lockerung des Assoziationsgefüges. Bei der Amentia fehlt eben die Intaktheit des Materiales zu einer derartigen, apperzeptiven und assoziativen psychischen Leistung (Beantwortung einer komplizierten Frage), beim Dementia praecox-Kranken nur die führende Hand: der Wille.

Allerdings kann auch zeitweise der Amente in seinen ruhigen Zeiten, nach erquickendem Schlafe, bei dem Wechsel der Bewußtseinstrübung und der Auffassungsstörung kurze geordnete Antworten geben; aber die betreffenden Fragen dürfen sich nur auf die elementarsten, einfachsten Begriffe beziehen und auch in ihrer syntaktischen Form ganz kurz gehalten sein, und selbst auch bei diesen Voraussetzungen können wir immer beobachten, wie schwer es dem Amentia-Kranken fällt trotz angestrengtester Willenstätigkeit und gespanntester Aufmerksamkeit sich durch das Spiel seiner regellosen, im Gefüge gelockerten Assoziationen zu einem geordneten Gedanken durchzuringen.

Bei allen komplizierteren, höhere Ansprüche an die apperzeptive und assoziative Hirntätigkeit stellenden Fragen versagen die amenten Kranken wohl regelmäßig, während eine solche auch schwierige psychische Leistung dem Pseudo-Verwirrten im Verlaufe einer Dementia praecox ganz anstandslos gelingen wird, wenn die Aufmerksamkeit und der Wille für kurze Zeit in den Dienst psychischer Funktion treten. Natürlich können wir hierbei nur von jenen, eben nur anscheinend Verwirrten sprechen, bei denen keine wirkliche Verwirrtheit im Sinne einer primären Assoziationsstörung vorliegt; für jene andere Gruppe von Verwirrtheitszuständen während einer Dementia praecox, bei denen es sich tatsächlich um eine primäre Inkohärenz und wirkliche ideenflüchtige Verwirrtheit handelt, können unsere eben ausgesprochenen Behauptungen keine Geltung haben.

Die zur Beobachtung kommenden anscheinenden Verwirrtheitszustände im Verlaufe einer Dementia praecox haben also nach dem Gesagten eine ganz verschiedene Dignität. Bei genauerer psychischer Analyse zeigt sich, daß in der Mehrzahl

der Fälle die Verworrenheit der Kranken nur vorgetäuscht ist durch andere elementare Grundstörungen (Willens-, Aufmerksamkeitsstörungen), und daß wir da eigentlich von einer Verworrenheit im Sinne einer primären Assoziationsstörung gar nicht sprechen können.

In einer Minderzahl von unter dem Bilde eines akuten Verworrenheitszustandes einsetzenden Dementia praecox - Fällen finden wir eine wirkliche, primäre Inkohärenz im Sinne von ideenflüchtiger Verwirrtheit als Symptom wie im Verlaufe einer Amentia.

Diese letzteren Fälle nun, wo wir es also mit einer tatsächlich bestehenden Verwirrtheit beim Beginn der Dementia praecox - Psychose zu tun haben, lassen uns oft differentialdiagnostisch gegenüber Amentia im Stiche, besonders dann, wenn die anderen für Dementia praecox charakteristischen Symptome nicht wenigstens angedeutet sind. In den meisten Fällen von Verworrenheitszuständen im Beginne und Verlaufe einer Dementia praecox haben wir aber entweder überhaupt keine primäre, reine Verwirrtheit vor uns oder die tatsächlich bestehende, primäre Inkohärenz und Assoziationsstörung ist begleitet von den bekannten Grundstörungen der Dementia praecox, so daß meist eine Differentialdiagnose zwischen Amentia und Dementia praecox immerhin möglich ist.

Im allgemeinen hatte ich auch immer den Eindruck, daß bei unseren Dementia praecox - Kranken die manisch oder depressiv ängstliche Erregung mehr im Vordergrund des Verworrenheitszustandes stand als die reine eigentliche unkomplizierte Verwirrtheit. Der weitere Verlauf dieser, mit Verworrenheit einhergehenden und beginnenden Dementia praecox - Fälle zeigt teils hebephrenes, katatones, teils paranoides Gepräge.

Als dritten klinischen Verlaufstypus dieser unter psychotischen Bildern einsetzenden Dementia praecox - Fälle haben wir im ersten Abschnitte der vorliegenden Arbeit die Psychosen mit hysteriformem Beginne hervorgehoben. Wir haben erwähnt, daß ganz im allgemeinen jede Psychose mit hysteriform-neurasthenischen Zügen, die ein Individuum ohne degenerative Veranlagung und ohne konstitutionell nervöse Antezedentien befällt, vom Anfange an als einer Dementia praecox

verdächtig aufgefaßt werden muß; in der Mehrzahl der Fälle dürfte daher eine in diesem Sinne gestellte infauste oder zumindesten dubiöse Prognose bei derartigen Psychosen des jugendlichen Alters recht behalten, womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß jede derartige Geistesstörung, die einen Menschen ohne nachweisbare degenerative Veranlagung betrifft, ein Verblödungsprozeß sein muß, da ja einerseits der Nachweis psychischer Degenereszenz oft ungemein schwierig werden kann, und wir in dieser Beziehung oft nur auf subjektive anamnestische Daten angewiesen sind, andererseits aber gerade in der Annahme oder Ablehnung konstitutionell psychischer Entartung der Schlüssel zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Entartungsirresein im weitesten Sinne gelegen ist. Nochmals möchte ich hier hervorheben, wie ungemein schwierig, ja unmöglich es ist, in bestimmten Fällen für oder wider einen Verblödungsprozeß zu entscheiden, nachdem die Symptomatologie beider Gruppen von hysteriformen Psychosen (Entartungsirresein und Dementia praecox) im Beginne wenigstens und oft auch längere Zeit während des Verlaufes eine ganz ähnliche ist, indem bei beiden Geisteserkrankungen, in vielen Fällen wenigstens, die Willensstörungen die ausschlaggebende Rolle spielen. Das Handeln der Entarteten macht oft den Eindruck nicht nur des Impulsiven, Zwangsmäßigen, sondern trägt mitunter für den ersten Anblick auch den Stempel des Unverständlichen, Verschrobenen an sich und gleicht so in seinen äußeren Formen ganz katatonischen Querhandlungen, immer aber mit dem grundlegenden Unterschiede, daß derartige verschrobene Handlungen der Degenerierten in der Gefühlssphäre, im Auftreten plötzlicher Affekte ihren letzten Grund haben, also „thymopsychisch" ausgelöst werden, während der Katatoniker seiner Handlungsweise selbst gegenüber wie vor einem Rätsel steht, das seinem bewußten Fühlen und Denken ebenso fremd erscheint wie dem objektiven Beobachter. Man möge sich daher immer hüten, aus einzelnen Symptomen körperlicher oder geistiger Natur (Querhandlungen, Stupor, Analgesien, Krämpfe etc.) Diagnosen zu stellen, sondern immer die gesamte psychische Persönlichkeit sich vor Augen halten und das Handeln der Kranken so zu erklären und zu verstehen

trachten. Wir haben weiter gesehen, daß in ihrem Verlaufe derartige hysteriform beginnende Psychosen ein wechselndes Bild bieten, die einmal mehr dem katatonen Typus sich nähern, ein andermal wieder ausgesprochen hebephrenes Gepräge an sich tragen; alle gehen meist rasch in Verblödung über.

Die vierte Verlaufsart der Dementia praecox-Psychosen stellt nun die Dementia paranoides im engeren, oben determinierten Sinne dar. Das Wesentliche über diese Verlaufsform ist bereits an früherer Stelle besprochen worden. Schließlich stellten wir als fünften Verlaufstypus Psychosen, soweit sie in das Gebiet der Dementia praecox gehören, eine Form von intermittierend verlaufender Dementia praecox auf, die entweder ein zirkuläres Gepräge zeigt oder in Schüben als periodische Manie oder endlich als in Schüben verlaufende Katatonie sich darstellt und schließlich nach verschieden häufigen, psychotischen Attacken zu einem für Dementia praecox charakteristischen Schwachsinne mit hebephrenen Zügen führt (sekundäre Hebephrenie).

Wenn ich mir nun zum Schlusse einige differentialdiagnostische Bemerkungen erlauben darf, kann ich mich nach dem bereits an verschiedenen Stellen dieser Arbeit Gesagten ganz kurz fassen. Bezüglich der ohne psychotische Bilder verlaufenden Dementia praecox-Fälle, hauptsächlich bezüglich der Katatonie und der Dementia simplex, kommen differentialdiagnostisch wohl nur das Entartungsirresein und gewisse Fälle von einfacher paralytischer Demenz in Betracht. Reine Hebephrenien dürften wohl kaum differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. Bekannt ist, daß Paralysen oft ein ausgesprochen katatones Zustandsbild bieten, sei es durch das Auftreten von Motilitätssymptomen (Stupor, Flexibilitas, Negativismus), sei es durch unsinnige Handlungen, die primäre Willensstörungen vortäuschen können. Wie aber die scheinbaren Querhandlungen des Entartungsirreseins immer eigentliche Affekthandlungen sind, so tragen die abrupten, plötzlichen Einfälle, die die Handlungsweise der Paralytiker bestimmen, meist a priori den Stempel der Demenz, Urteils- und Kritiklosigkeit an sich und erscheinen im wahren Lichte durch die schwachsinnige Motivierung, mit der die Paralytiker im Initialstadium naiv und

harmlos ihr unsinniges Vorgehen begründen wollen. Schwierig dürfte die Differentialdiagnose zwischen bestimmten Fällen von Paralyse und Katatonie niemals sein, wenn man sich nur daran erinnert, von einer bestimmten Altersgrenze an (jenseits der dreißig) bei jeder Psychose immer an progressive Paralyse zu denken und daraufhin zu untersuchen.

Dementia simplex - Fälle verlaufen oft, wie schon erwähnt, täuschend ähnlich einer einfachen paralytischen Demenz im Initialstadium. Hier müssen das Alter und das Vorhandensein von Lähmungserscheinungen zwischen beiden Psychosen entscheiden. Schwieriger kann die Abgrenzung gewisser Fälle von impulsivem Irresein (spezielle Form des Entartungsirreseins) gegenüber katatonischen Querhandlungen sein. Das wichtigste Entscheidungsmoment in derartigen schwierigen Fällen, wenn sonst keine psychopathologischen Symptome außer solchen plötzlich auftretenden, verschrobenen, den Charakter des Zwangsmäßigen an sich tragenden Handlungen vorliegen, dürfte in der „thymopsychischen" Reaktion der betreffenden Kranken auf ihre Handlungsweise gelegen sein.

Der Katatoniker empfindet seine Willensstörung, die ihn zu Querhandlungen führt, oft auch als etwas Fremdes, sowie der an impulsivem Irresein Leidende; er bleibt aber dabei affektlos oder hilft sich mit dem Hinweise darauf, daß er so handeln müßte, darüber hinweg, ist damit zufrieden und kommt bei diesbezüglicher Exploration in keine weitere Erregung; der Entartete mit Zwangsimpulsen leidet aber psychisch unter seinen Zwangshandlungen so wie ein Kranker mit Zwangsvorstellungen; er kämpft immer wieder vergebens gegen seinen Dämon an und gerät in tiefste Verstimmung, ja Verzweiflung bei jeder neuen moralischen Niederlage; die Art der Handlung selbst gibt keinen Anhaltspunkt zur Unterscheidung zwischen Katatonie und Zwangsirresein. Die unsinnigsten, verschrobensten Handlungen werden bei beiden Gruppen von Psychosen konstatiert.

Gewisse Fälle von Dementia simplex erinnern sehr an eine andere bestimmte Form des Entartungsirreseins: die moral insanity. Die Abstumpfung der höheren Gefühle, die Verarmung an hochwertigen, gefühlsbetonten Vorstellungskomplexen

ist beiden Psychosen gemeinsam, nur handelt es sich in dem einen Falle eben um einen erworbenen Defekt (Dementia simplex), im zweiten Falle haben wir aber eine fehlerhafte, „entartete“ psychische Anlage und Entwickelung vor uns, also einen konstitutionellen, degenerativen psychischen Defektzustand. Hier wird die Anamnese und der Nachweis sonstiger psychopathologischer Züge einerseits oder leichtgradiger, aber auch die intellektuelle Sphäre betreffender Defektsymptome anderseits die Differentialdiagnose ermöglichen.

Wie schwer einzelne Fälle von Katatonie und hysteriform beginnenden Dementia praecox - Psychosen von wirklichen hysterischen Geistesstörungen zu trennen sind, ja wie in vielen Fällen eine derartige Differentialdiagnose wenigstens im Beginne überhaupt unmöglich ist, habe ich bei verschiedenen Gelegenheiten während unserer Auseinandersetzungen immer wieder hervorzuheben Anlaß genommen.

Bezüglich der eigentlichen Psychosen im Verlaufe einer Dementia praecox kommen nun differentialdiagnostisch hauptsächlich das manisch - depressive Irresein, die Amentia, die Hypochondrie beziehungsweise degenerative Neurasthenie und die Paranoia in Betracht. Bezüglich der Amentia verweise ich auf das Vorhergesagte. Sehr wichtig ist die Differentialdiagnose zwischen den juvenilen Melancholien, soweit sie eine Phase des manisch-depressiven Irreseins darstellen, und den melancholischen Zustandsbildern im Rahmen der depressiv-paranoiden Form der Dementia praecox.

In den meisten Fällen ist schon der Beginn beider Arten von Psychosen ein verschiedener. Die endogen bedingte, periodisch auftretende Melancholie (manisch - depressives Irresein) tritt perakut auf und die psychomotorische Hemmung steht mehr oder weniger im Vordergrunde des Krankheitsbildes.

Bei den depressiv-paranoiden Fällen der Dementia praecox sind wie bei den anderen Formen dieser Psychose, wenn auch nicht immer, so doch häufig genug schon eine Zeitlang vor dem Auftreten der akuten psychotischen Symptome gewisse Initialerscheinungen geistiger Erkrankung zu beobachten, die der Hauptsache nach auf eine Art Charakter- und Wesensänderung des Kranken hinauslaufen. Dieses Initialstadium der

Dementia praecox ist oft charakterisiert durch einen allgemeinen Mangel an Zielvorstellungen im Handeln, eine Unstetigkeit, Flatterhaftigkeit, durch mangelnde Aufmerksamkeit und fehlendes Konzentrationsvermögen, endlich durch gewisse Verschrobenheiten, einen merklichen Grad von Gemütsstumpfheit und Interesselosigkeit, alles Erscheinungen, die meist in lebhaftem Kontraste zu dem früheren Wesen des Kranken stehen. Nur die Angstpsychosen im Rahmen der Dementia praecox treten meiner Erfahrung nach oft ganz plötzlich perakut auf. Wichtig ist auch das im Initialstadium nachweisbare und dann später während des Verlaufes der Pseudo-Melancholie einer Dementia praecox immer zu verfolgende Auftreten von hypochondrisch-neurasthenischen Wahnideen und das Vorwiegen paranoider Beziehungs- und Verfolgungsideen. Die Hemmung tritt ganz in den Hintergrund oder wird durch Negativismus vorgetäuscht. Nach Ablauf des Angstaffektes ist der Dementia praecox-Kranke eher apathisch, sein Seelenleben scheint fast inhaltsleer, er ist wortkarg aus Denkfaulheit.

Zum Unterschiede finden wir bei dem manisch-depressiven Irresein das peinliche Empfinden psychomotorischer Insuffizienz und Hemmung, auch wenn jeder Angstaffekt verschwunden ist.

Gehörstäuschungen besonders im Beginne der Psychose sprechen fast mit Sicherheit für depressive paranoide Form der Dementia praecox.

Aehnlich unterscheidet sich die Pseudo-Manie der Hebephrenen von der eigentlichen Manie als Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Hier Zweckhandlungen mit bewußtem Plane, starke Affekte und Ausdrucksbewegungen, gehobenes Selbstgefühl, produktiver Rededrang, erhöhte geistige Regsamkeit, ja in vielen Fällen Scharfsinn und Witz, Steigerung aller psychomotorischer Funktionen im allgemeinen; dort bei den unter manieähnlichen Zustandsbildern verlaufenden Hebephrenien steht im Vordergrunde des Krankheitsbildes: das Läppische, Plumpe, Zweck- und Sinnlose in den albernen Streichen dieser Kranken; triebartige Erregungen, Koprolalie, Gedankenarmut, inhaltsleere Wortspielereien und Wiederholungen statt Ideenreichtum, Negativismus, boshafter Zerstörungstrieb, Fehlen

wirklicher geistiger Regsamkeit, Mangel eigentlichen Bewegungsdranges, im Gegenteil ein Vorherrschen einer gewissen Suggestibilität und Passivität im psychomotorischen Verhalten vervollständigen das Bild.

Die Abgrenzung der hypochondrisch-neurasthenischen Zustandsbilder im Beginne einer Dementia praecox von der degenerativen Form der Neurasthenie ist durch Beurteilung der psychischen Gesamtpersönlichkeit und mittels Zuhilfenahme anamnestischer Angaben immer möglich. Bezüglich näherer Ausführung dieser Andeutungen muß ich auf Vorhergesagtes verweisen.

Nun noch zum Schlusse einige Worte bezüglich der Abgrenzung der Dementia paranoides von der wahren Paranoia.

Ich habe erwähnt, daß ich unter Dementia paranoides nur jene nicht allzu häufig zur Beobachtung kommenden Fälle chronisch-paranoider Psychosen im Auge habe, die im Beginne der Erkrankung schon absurde, unsinnige Größenideen, phantastische, mystische Wahnideen und originäre Züge zeigen.

Nachzuholen wäre noch, daß die Wahnideen bei diesen Psychosen meist ohne eigentliches System sind und daß eigentliche Erklärungswahnideen meist fehlen. Die „thymopsychische“ Wertigkeit der einzelnen Wahnideen, der dominierende, Richtung gebende Einfluß derselben auf das ganze Handeln der Kranken, wie wir es bei der eigentlichen Paranoia finden, fehlt diesen Formen geistiger Erkrankung. Die Kranken lassen sich event. auch ihre Wahnideen für kurze Zeit ausreden, geben selbst zu, daß es auch anders sein könnte, Äußerungen, die niemals über die Lippen eines wirklichen Paranoikers kommen werden.

In ihrem ganzen Wesen sind die an Dementia paranoides Leidenden unsteter, ja zerfahren, zeigen allerlei Verschrobenheiten; in ihrem Gefühlsleben sind diese Kranken ohne die Stärke und Tiefe der Affekte, die den Paranoiker gerade auszeichnen, in ihrem aktiven Handeln zeigen sie sich ziel- und kraftlos.

* * *

Hiermit hätte ich den Arbeitsplan der vorliegenden kleinen klinischen Studie erschöpft. Ich bin mir voll bewußt, daß mein

Versuch, die einzelnen verschiedenen Verlaufsformen der Dementia praecox nach klinisch symptomatologischen Gesichtspunkten zu gruppieren, nur zum Teile gelungen sein kann, erstens, weil für diese Arbeit hauptsächlich nur Frauenpsychosen zum Studium herangezogen wurden, und zweitens, weil die Beobachtungszeit, die mir zur Verfügung stand, eine immerhin noch verhältnismäßig kurze war. Sollte ich aber mit meinen Ausführungen nur das erreicht haben, daß andere Fachkollegen meine hier niedergelegten Erfahrungen und Ansichten nachprüfen und so zum Ausbau der Klinik der Kraepelinschen Psychose mit beitragen, so wäre hiermit ein Hauptzweck der vorliegenden Arbeit erreicht.

Schließlich sei es mir gestattet, an dieser Stelle meinem hochverehrten Chef, Herrn Direktor Schlöß für die Erlaubnis zur Veröffentlichung dieser Arbeit bestens zu danken.

Fortsetzung des Verzeichnisses auf der 3. Umschlagseite.

Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Was ist Hysterie?

Eine nosologische Betrachtung

von

Dr. Armin Steyerthal,

leitendem Arzte der Wasserheilanstalt Kleinen (Mecklenburg).



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
1908.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

herausgegeben von

Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band VIII, Heft 5.

I. Historisches.

Eine Geschichte der H y s t e r i e zu schreiben, würde die Aufgabe eines Menschenlebens darstellen, — eines nicht zu kurz bemessenen Menschenlebens.

Und wenn einer diese Aufgabe löste und alles das zusammentrüge, was über die seltsame Krankheit erdacht und ersonnen ist, so würde er nur eine Geschichte des menschlichen Irrtums schreiben. Kaum auf einem anderen Gebiete des Forschens und Sinnens — es sei denn auf demjenigen der Metaphysik — hat der Irrtum so schrankenlose Triumphe gefeiert.

Fast mit der Sicherheit eines Naturgesetzes wiederholt sich — hier wie da — stets und ständig derselbe Vorgang: Eine machtvolle Persönlichkeit stabiliert ein Lehrgebäude, so stolz und kühn, daß es gegen die Unbilden der Jahrhunderte gefeit und gesichert erscheint. Kindliche Ehrfurcht, fromme Scheu vor der Urväter Hausrat und nicht zum wenigsten Mangel eigenen Denkens schützt und schirmt den Bau, und niemand prüft, wie morsch und wankend seine Grundvesten im Sturme der Zeiten werden, bis endlich ein kühner Herostrat mit wagemutiger Hand die Brandfackel des Zweifels in das altersgraue Bollwerk schleudert. Und der Phönix, der aus der rauchenden Asche emporsteigt, ist nichts anderes denn ein neuer Irrtum, oft genug weder neu geboren noch auch durch die Kraft des Feuers geläutert. Nur die halbversengten Schwingen lassen ihn für eine Weile als ein ungekanntes Fabeltier erscheinen, und erst wenn auch ihn wieder die gierige Flamme verschlingt, sieht die staunende Welt, daß er nicht aus den ewigen Gefilden stammte.

Auch darin gleicht die Geschichte der H y s t e r i e derjenigen der Metaphysik auf ein Haar: Wie ein Verhängnis

waltet über alle dem, was Menschenwitz erdichtet, der alte banale Satz: „Es war schon einmal da!"

Und hier wie dort ist das Ergebnis das gleiche: Nachdem die besten Köpfe zwei Jahrtausende über dem Probleme gegrübelt haben, ist ihr Vermächtnis für die Nachwelt nur das eine einzige traurige Wort: Ignoramus!

Es gibt Worte, die für sterbliche Ohren so unerträglich klingen, daß sie nur gedacht, — nicht gesprochen werden. So auch das schreckliche: Ignoramus! Kein Zeitalter, soweit die Historie des menschlichen Denkens reicht, war brutal genug, es auszusprechen, und als es dann endlich doch einmal gesagt werden mußte, gab man ihm die tröstliche Form: Ignorabimus! — —

Die Geschichte der Hysterie beginnt mit dem Hippokratischen Irrtume, daß der Uterus wie ein wildes Tier im Körper umherschweife und glühend nach Kindern verlange. Diesen Ausspruch dem Hippokrates zuzuschieben, ist schon ein Irrtum. Eine solche Ansicht konnte der Vater der medizinischen Wissenschaft niemals hegen, denn „Naturae non hominis voce loquitur Hippokrates, medicorum Romulus", sagt Baglivus[1]), der gelehrte Anatom, und darin hat er recht.

In den echten Hippokratischen Schriften kommt das Wort Hysterie nur ein einziges Mal vor. Will man das Buch „De natura muliebri" trotz der Autorität des Mercurialis[2]) nicht als apokryph betrachten, so steht darin allerdings die bekannte Stelle: „Si uterus ad hepar processerit, de repente vox deficit, dentes inter se collidit et color niger evadit."

Das ist aber doch ein himmelweiter Unterschied von jenem Ungetüme, das den weiblichen Körper und nicht minder die Literatur zweier Jahrtausende durchzieht und darin allerhand Unheil stiftet.

Unsere Zeit hat ein schlechtes Gedächtnis, es mag also hier daran erinnert werden, woher jener groteske Irrtum in die Welt gelangt ist.

Es war kein geringerer als Plato, der ihn zuerst ausgesprochen hat. Wie hoch der große Akademiker den Hippokrates schätzte, wissen wir aus dem Phaedrus[3]), — aber

er hat wenig von ihm gelernt. Die mystische Symbolik der Pythagoräer war Platos eigenem Geiste zu sehr verwandt, um sein Denken unbeeinflußt zu lassen. Nirgends tritt das mehr hervor, als in einem Vortrage, den Timaeus[4]) über das Weltganze und den Werdegang des Universums hält. Hier findet sich der oft zitierte Passus:

„Virorum genitalium natura haud obediens et imperiosa, velut animal rationi non parens, omnibus per cupiditates furiosas conatur potiri; et mulierum quoque matrix et vulva, quae dicitur, easdem has ob causas, quum animal sit liberorum procreandorum appetens, quando sterilis praeter tempus diutius manet, graviter et indigne id fert, vagans totum corpus spiritusque meatus obstruens et respirare non sinens in angores injicit extremos morbosque varios alios affert."

Dürfte man die Stelle, ohne an den Worten zu kleben, sinngemäß und ungezwungen verdeutschen, so will der Naturphilosoph, der hier die Entstehung des Menschengeschlechts schildert, folgendes sagen:

„So wie der männliche Geschlechtstrieb, einem wilden Tiere gleich, jegliche Schranke durchbricht, so gibt es auch im Schoße des Weibes einen Keim, der, wenn er unbefriedigt bleibt, wie ein hungriges Tier den Körper durchzieht und alles in Verwirrung bringt."

Der Fortpflanzungstrieb beider Geschlechter wird also in Parallele gestellt und seine unwiderstehliche Macht hier wie da einem wilden Tiere verglichen.

So hält sich das Getriebe
Durch Hunger und durch Liebe,

soll gesagt werden.

Daß der Uterus selbst — anatomisch betrachtet — sich loslöst und im Körper herumwandert, wäre eine allzu wörtliche Interpretation. Das animal rationi non parens ist doch wohl nur ein Gleichnis.

Der Gedanke hat etwas Bestechendes, und diese Auslegung der Stelle würde gewissermaßen eine Ehrenrettung des Plato sein, aber Galenus[5]) faßt den ganzen Passus wörtlich und

beweist mit vielen Umschweifen, daß der Uterus nicht einmal bis an das Zwerchfell gelangen könne.

Mit ihm dürfen wir wohl über die Deutung des Platonischen Textes nicht rechten, denn er war selbst ein Grieche. —

Indessen die Schuld, den Uterus unzertrennlich mit dem hysterischen Übel verkettet zu haben, bleibt darum nicht weniger auf dem Verfasser jenes kindischen Buches sitzen, denn dort heißt es klar und deutlich: „Quodsi peperit, convalescit", und der gute Rat: „Virgini vero ut viro jungatur, persuadeto"[6]) geht in hundert Variationen durch das ganze Mittelalter hindurch. Ergo Hystericis Venus (Touret[7]), mulieri praefocatae vir succulentus (Bouvard[7]) und Venus Hystericarum medela (Dacquet[8]), so tönt fast bis zum Überdruß der Kriegsruf gegen das tückische Übel.

Diese Kette löst erst Charcot endgültig von den Hysterischen, so wie sein großer Vorgänger an der Salpêtrière Pinel ein Jahrhundert zuvor die Fesseln der Irren zerbrochen hatte. Und wie in der Medizin nun einmal nichts neu ist, denn das alte, so ernten die letzten Dezennien des verflossenen Jahrhunderts den traurigen Ruhm, den glücklich abgetanen Irrtum wieder aufgefrischt zu haben, denn es gibt heute und diesen Tag noch Ärzte, welche da glauben, man könne hysterische Beschwerden durch einen Angriff auf den Uterus kurieren, oder jene Leiden stammten von der Schrumpfung der Mutterbänder (Wilh. Alex. Freund[9]). Und wie viele Weiber laufen umher, denen man vom Genitale nichts gelassen hat als nur das Mutterweh allein! — —

Unter der Bezeichnung Hysterie hat fast jede Generation etwas anderes verstanden, und wenn einer die Geschichte dieser Krankheit zusammenträgt und nur das aufgreift, woran jener Name haftet, so wird ein mehr denn lückenhaftes Bauwerk entstehen.

Schon in dem Augenblicke, da der Gedanke, daß der Uterus als wildes Tier im Körper umherschweife, fällt, erhebt sich die Ansicht, daß jenes Übel kein Sondervorrecht der Frauen bilde, aber so ganz ringt die Idee sich nicht durch.

Forestus[10]) und Lusitanus[11]) hat man zugesprochen, daß ihnen die männliche Hysterie bereits bekannt gewesen sei[12]). Das ist ein Irrtum. Sie teilen, wie alle Galeniker, die Ursachen der Hysterie in zwei große Gruppen, in die „retentio menstruorum" und die „retentio seminum". Beides bezieht sich nur allein auf die Frauen. Die falsche Interpretation des Wortes „semina" hat vielleicht den Irrtum herbeigeführt.

Auch Platerus und Sylvius[13]) sprechen nur von Weibern, und Fernel[14]) warnt sogar ausdrücklich vor einem Analogieschlusse auf das männliche Geschlecht. Nachdem er umständlich nachgewiesen hat, wie das verhaltene Menstrualblut und das „semen conclusum" eine Autointoxikation, wie es heute genannt wird, im Körper bedinge, fügt er hinzu:

Viris, tametsi diu haemorrhoides suppressae sint, aut Veneri usus sit intermissus, nulla tamen hystericis similia symptomata contingunt.

Und doch beschreibt eben dieser gelehrte Arzt in seinem merkwürdigen Buche „De abditis rerum causis" einen ganz charakteristischen Fall von männlicher Hysterie[15]). Die richtige Diagnose liegt ihm noch derartig fern, daß er zur Erklärung des Vorgangs lieber einen Dämon zu Hilfe ruft, als sich zu einer natürlichen Deutung zu entschließen. Und dabei lebt der Autor, wie er schreibt, in einem „saeculum machinarum, quibus ab ardenti quasi bombo nomen bombardarum est inditum"[16]).

Auch hier ist es ein Irrtum, der den Wandel beginnt. Das markanteste Symptom der Hysterie, der Paroxysmus, gibt Anlaß zu Verwechslungen mit der Epilepsie. Daß der Morbus comitialis auch die Männer, und eben diese am liebsten, befällt, ist aller Augen offenbar, und nun erhebt sich eine Stimme: Diese beiden konvulsivischen Leiden sind im Wesen ganz dasselbe und für beide Geschlechter gemeinsam!

Das ist das erste Aufdämmern des Begriffs von der Hysteria virilis.

Carolus Piso[17]), Leibarzt Herzog Heinrichs von Lothringen, hat den Ruhm geerntet, hier Bresche in die alte Hippokratische Lehre gelegt zu haben. Sehr mit Unrecht, denn er tut weiter nichts, als daß er, um mit seinem Interpreten Hermann

Boerhaave[18]) zu reden, „die Anfälle des Erstickens bei dem heftigsten .Grade der sogen. Mutterbeschwerung auch zu den Epilepsien rechnet, da jene doch die wahren Kennzeichen der Epilepsie nicht haben“.

Gilles de la Tourette[19]) gibt dem Piso zuviel Ehre, wenn er ihn als den Entdecker der männlichen Hysterie preist.

Der Pisonische Irrtum hat nicht lange gelebt. „Ihn zu widerlegen, wäre eine leichte Sache“, sagt schon Boerhaave. Und wiederum, wie ja in der Medizin jede Irrlehre unsterblich ist, hat man auch diese in unserem Jahrhundert zu neuem Leben erweckt, denn im Jahre 1905 kann ein Arzt (Steffens[20]) sich rühmen, zuerst — wie er meint — die Hypothese aufgestellt zu haben, daß das Wesen der Hysterie und der Epilepsie „überhaupt nicht prinzipiell untereinander verschieden sei, sondern daß dieselbe Krankheitsursache nur in verschiedener Form und Intensität in die Erscheinung träte“.

Das hat schon Carolus Piso behauptet in seinem gelehrten Werke „von denen Krankheiten, welche aus dem Blutwasser entstehen“.

Zu den Schoßkindern der spröden Frau Gloria, denen sie um eines Irrtums willen die Schläfe bekränzt, gehört Carolus Piso, aber er hat das Verdienst — wenn auch unfreiwillig —, eine neue Ära in der Geschichte der Hysterie heraufzuführen. Seiner Theorie von der „Colluvies serosa juxta nervorum origines congesta“ setzt Highmorus[21]) als Grund und Ursache jenes Leidens entgegen: „Sanguis in pulmonibus impetuosius irruens“, und Willisius[22]) nimmt die „Explosiones spirituum animalium“ dafür zu Hilfe.

„In passionibus hystericis“, erklärt er feierlich, „uterus falso accusatur.“

Das ist im Jahre 1676, 26 Jahre, nachdem Pisos Buch erschienen war.

Für Willis ist der Begriff der Hysteria virilis schon ein sicherer Faktor, aber die „unnötige Geschmacklosigkeit“ (Alb. Eulenburg[23]), die nun einmal in dieser Mischform liegt, ist auch den alten Ärzten nicht entgangen, und der Ge-

danke, an den hergebrachten Anschauungen von der Passio hysterica zu rütteln, kommt nicht mehr zu Ruhe. Wie anfangs den Morbus sacer, dieses alte Erbübel des Menschengeschlechts, so zieht man jetzt eine andere, nicht minder alte und furchtbare Geißel des Genus humanum zum Vergleiche heran: die Hypochondrie.

Wie drei böse Schwestern waren diese Furien seit dem Erwachen des Menschengeistes Hand in Hand durch die Reihen der Sterblichen gezogen. Die Hysterie und die Epilepsie unverschleiert und mit dreister Stirn, die dritte im Bunde dagegen tief verhüllt, in so vielen Verkleidungen, wie ihr eigenes Wesen Gestaltungsformen zeigte.

Der Vater der Medizin kennt die Hypochondrie noch nicht. Dunkel und mystisch klingt sein Aphorismus, der fünf Jahrhunderten zu denken gibt: „Metus et tristitia, si diu perseverent, melancholiae istud indicium est“ [24]). Celsus[25]) spricht von „Lienosis“ und Aurelian[26]) von „Morbus chronicus jecoris“.

Galenus[27]) ist schon ein gutes Stück weiter: „Hypochondriacas et flatuosas vocatas affectiones melancholica tristitia sequitur.“

Er hätte uns einen Dienst geleistet mit der Angabe, wo er das Wort Hypochondrie zuerst gefunden hat. Trotz seiner bekannten Weitschweifigkeit verrät er davon nichts. Zum wenigsten hat uns aber sein Hader mit Diokles[28]) eine prachtvolle Beschreibung der nervösen Dyspepsie gerettet, jenes Leidens, dessen Geburt unsere Zeit durch einen kleinen Rechenfehler fast zweitausend Jahre zu spät ansetzt.

Kein Jahrhundert nach Galen verstreicht, ohne seinen Scharfsinn an der Erfindung neuer Namen für diesen Morbus flatuosus zu üben.

So haben wir bald eine ganze Blütenlese beisammen: Morbus resiccatorius, mirachialis und eruditorum, Melancholia nervea und flatuosa, Hyperkinesia gastrica und Mater scorbuti, Vapores hypochondriacae, Monomania hypochondriaca, Cerebropathia und Hyperaesthesia psychica. Es wäre ein leichtes, die Reihe um das Dreifache zu verlängern.

Bisher hatte niemand daran gedacht, dies Übel mit der Hysterie zu vergleichen, denn als Wesen und Inhalt der letzteren galt doch der Paroxysmus — „Hystericorum porro symptomatum gravissimus est ab utero strangulatus“, sagt Joan Fernel —, und dieses Zeichen fehlte gerade bei den Hypochondern. Allein die Geister waren einmal in Bewegung, und da auch die Scheu vor den koischen Büchern nicht mehr zurückhielt, am Schulbegriffe zu rütteln, so folgt jetzt eine neue Idee der anderen. Wie ein plötzlich aufzuckender Blitz ein längst bekanntes Gelände in fremden, ungeahnten Schattierungen zeigt, so leuchtet unvermittelt der Gedanke auf: Diese beiden Übel, die ihr täglich vor euch seht, sind ja ganz und gar dasselbe. Was ihr bei den Weibern das Mutterweh nennt, ist bei den Männern die Milzsucht.

Der Vater dieser Idee ist Thomas Sydenham[29]), Arzt in London.

Ob darin ein Verdienst um die Geschichte der Hysterie zu suchen ist, mag unentschieden bleiben, jedenfalls zeugt der Gedanke von einer scharfen Beobachtungsgabe des Autors, aber es ist unmöglich, Gilles de la Tourette beizupflichten, wenn er sagt, daß Sydenhams Schrift das Beste und Vollständigste sei, was vor dem 19. Jahrhundert über die Hysterie geschrieben worden.

Wollte man mit dem französischen Autor über das Geschichtliche, das er seinem Buche über die Hysterie vorangestellt hat, rechten, so müßte man fast um jedes Wort mit ihm feilschen, so auch wenn er sagt:

„Leider wurde die bewundernswerte Arbeit Sydenhams von seinen Zeitgenossen völlig ignoriert, und erst 1859 erkannte Briquet ihren wahren Wert.“

Vom 20. Januar 1681 — das ist das Datum, welches Sydenhams Dissertatio epistolaris de affectione hysterica[30]) trägt — bis zum Erscheinen des Traité clinique et therapeutique de l'hystérie von Briquet[31]) ist eine ganze Bücherei von Werken pro et contra Sydenham geschrieben, nur muß man nicht an dem Worte Hysterie kleben, sondern auch die Bücher über die Hypochondrie zu Rate ziehen.

Das vor allem lehrt doch schon ein flüchtiger Blick in die schweren Bände, die das Jahrhundert nach Sydenham der ärztlichen Welt als geistige Nahrung vorsetzt, daß ein vollkommener Wechsel der Anschauungen vor sich geht, gewissermaßen eine Schwenkung auf der ganzen Front.

Daran ist Sydenham ganz allein schuld. Mit jener prachtvollen Naivität, die nur dem wahren Genie eigen ist, sagt er[32]:

„Si affectiones hypochondriacas vulgo dictas cum mulierum hystericarum symptomatis conferamus, vix ovum ovo similius, quam sunt utrobique phaenomena."

Diese Ähnlichkeit genügt ihm, um die beiden Krankheiten für eine und dieselbe zu erklären, und er ist keinen Augenblick um einen Grund für beide in Verlegenheit:

„Pendent ergo affectiones istae, quae in foeminis hystericas, in maribus hypochondriacas insignire libet, quantum ego judico, a spirituum animalium ataxia."

Hier liegt der Abstand klar zutage, der Sydenham von allen seinen Vorgängern trennt. Nicht der mystische als Wurzel des Übels angeführte Grund ist es, denn der ist keineswegs neu. Die Ataxia spirituum animalium ist nicht wesentlich verschieden von den Explosionen der Lebensgeister, die Willisius festgestellt hatte, und beides findet sein Analogon in den Vapores, die man seit dem Jahrhundert des Galenus kennt.

Der Unterschied liegt auf dem Gebiete des Denkens, und deshalb befinden wir uns hier an einer bedeutsamen Markscheide. Bisher war die Hysterie ein einiges und unteilbares Ganze, — wofür sie die französische Schule ja auch heute noch erklären möchte. — Affectio dicta uterina praecipue et primerio est convulsiva, sagt Willis[33] und spricht damit die Ansicht aus, die bis zu Sydenhams Auftreten herrscht. Die einzige Änderung, die Platz greift, ist die, daß nicht der Uterus die Schuld trägt. Die Hysterie, darin sind Piso[17], Highmore[21] und Willis[22] einig, stammt nicht vom Uterus, sie hat andere Ursachen, darum bleibt die Krankheit an sich indessen immer was sie war, ein morbus praecipue convulsivus. Sydenham geht einen weiten Schritt abseits, denn er sagt: Diese Krankheit ist nicht ver-

schieden von der Hypochondrie, im Gegenteil, beides ist dasselbe, folglich — diesen Schluß zieht der Autor der Epistola ad Cole allerdings nicht selbst — ist es ein Nonsens, von Hysterie überhaupt zu sprechen!

Wie man nun den guten Sydenham zum Eideshelfer wählen kann, um die Historie des französischen Schulbegriffs von der Hysterie zu begründen, ist doch schlechterdings nicht einzusehen.

Wenn die beiden von Sydenham in Parallele gebrachten Übel identisch sind, so muß von den früher existierenden Begriffen einer ganz fortfallen, und das könnte doch nach aller Logik nur derjenige der Hysterie sein.

Daß dies tatsächlich der Fall ist, daß es also eine Hysterie als selbständige Krankheit nicht gibt und nie gegeben hat, soll in den folgenden Zeilen nachgewiesen werden. Darum war es wichtig, die Ansicht des Thomas Sydenham in das rechte Licht zu rücken. Er ist der erste, der klar und deutlich sagt: Es gibt gar keine Hysterie; was ihr so nennt, ist nur ein künstliches Gebilde und gehört zur Hypochondrie. Wir würden heute sagen zur Neurasthenie.

Von der Stunde an, da dieser Gedanke in der ärztlichen Welt auftaucht, datiert ein Wechsel der Meinungen. Ganz scharf werden die beiden jetzt so eng verbundenen Schwestern erst durch Charcots Vorgänger wieder getrennt.

Der Gang der weiteren Entwicklung ist nun folgender:

Statt wie früher von zwei besonderen Krankheiten, spricht man jetzt von einem Malum hypochondriaco-hystericum.

Im „Medicinischen Hauptschlüssel" vom Jahre 1739 erklärt Stahl[34]):

„Warum man das malum hypochondriacum mit dem malo hysterico allhier combinirt und in ein einziges Caput gebracht hat, ist folgende Raison: Nemlich weil man gesehen, daß das malum hystericum mit dem malo hypochondriaco eine sehr große Convenienz hat, also hat man auch kein Bedenken getragen, solche beiden Affectiones zu combiniren."

Das Caput von diesem kombinierten Übel wächst nunmehr zu einer kleinen Bücherei heran, und derjenige ist zu bedauern, der sich durch den in Foliobänden aufgestapelten gelehrten Wust hindurcharbeiten soll.

Für uns genügen wenige Stichproben, die nur diejenigen Stellen treffen, an denen die Autoren voneinander abweichen.

So sagt z. B. Whytt[35]), ein Landsmann Sydenhams, im Jahre 1763: „Die Ärzte betrachten überhaupt das hysterische und hypochondrische Übel als die nämliche Krankheit. Man nennt es bloß bei Frauenzimmern das hysterische wegen der alten Meinung, als sei der Sitz dieser Krankheit bloß in der Bärmutter, bei Mannspersonen aber das hypochondrische Übel, weil man voraussetzt, daß es bei denselben von einem Fehler der Eingeweide entsteht, die unter den Knorpeln der Rippen liegen."

Hier sind also die schwankenden Begriffe bereits vollkommen in eins verschmolzen. Der Ausdruck Hysterie hat — achtzig Jahre nach Sydenham — nur noch eine historische Bedeutung.

Man beachte, daß der Autor ein Engländer ist, in Frankreich und auch in Deutschland geht man nicht so weit, aber man kommt doch seiner Auffassung nahe.

Höchst interessant sind die folgenden Worte Cullens[36]):

„Ein jeder, der in der Nosologie und medizinischen Praxis nur einige Erfahrung hat, weiß, wie schwer es sei, die Dyspepsie, Hypochondrie und das hysterische Übel in allen Fällen genau voneinander zu unterscheiden."

Den Anlaß zu dieser Bemerkung gibt die Einteilung, die Sauvages[37]) von der Hysterie entwirft. Hier erscheint nämlich — seit den Zeiten des Diocles zum ersten Male — ein neuer Begriff auf dem Kampfplatze der Geister, der für die weitere Entwicklung des Streites bedeutungsvoll werden soll, die Hysteria stomachica. Sie ist eine der vielen Kategorien, in welche die zeitgenössische Nosologia methodica die Hysterie zerlegt und gleichzeitig die Stammutter unserer heute so wohl herangewachsenen Neurasthenia gastrica, auch genannt Dyspepsia nervosa.

In der Historie des menschlichen Denkens gibt es hin und wieder kleine Wegzeiger, welche, wenn auch oft an einsamen und längst vergessenen Pfaden errichtet, die Stellen angeben, wo sich zuerst ein selbständiger Geist von der großen Heerstraße der schulgemäßen Anschauung abgewendet hat, um auf eigene Faust dahin zu wandern.

Ein solcher Handweiser ist der Begriff der Hysteria stomachica in dem bombastischen Werke des Franciscus Boisier de Sauvages[37]), Consiliarius, Medicus und Professor der Botanik an der Fakultät zu Montpellier.

Es dämmert jetzt bereits in den gelehrten Köpfen der Gedanke, daß wir, wenn die Hypochondrie und die Hysterie in Wahrheit ein und dasselbe Ding und Wesen darstellen, vor einem uferlosen Meere von Tatsachen stehen, durch welches uns keine Diagnostik, und wäre sie auch „juxta Sydenhami mentem et Botanicorum ordinem“ [38]) zugestutzt, jemals ungefährdet hindurchsteuern wird.

Der Name Hypochondrie soll den Sitz der Krankheit bezeichnen, aber schon Mercurialis[39]) sagt: „In hypochondriis complura sunt viscera“, und so war die Leber, die Milz, der Magen und auch die Pfortader mit den anliegenden Eingeweiden bereits für den angerichteten Schaden haftbar gemacht. Boerhaave[40]) glaubt an eine schwarzgallichte Feuchtigkeit in den Gekrösdrüsen, Friedr. Hoffmann[41]) an eine unregelmäßige Bewegung des Magens und der Eingeweide, selbst mit dem Skorbut verwechselt man die Krankheit, und manche suchten ihren Sitz im Colon.

Von alle den Schriftstellern, die um die Wende des 18. Jahrhunderts das Malum hypochondriacum beschreiben, hat fast jeder seine besondere Theorie von der Natur dieses Übels.

Ein gemeinsamer Zug ist indessen nicht zu verkennen, der deutlich merkbar durch alle die schweren goldgepreßten Lederbände hindurchläuft: Es ist das Streben und Ringen nach Klarheit, und in der medizinischen Wissenschaft, wie in jeder anderen, führt nur die Kategorie zur Einsicht. Es muß getrennt, es muß gesichtet werden! Das liest man deutlich zwischen jeder Zeile der verhunzten Medizinersprache dieser

Zeit. Alles drängt nach Spaltung des jeden normalen Gesichtskreis bei weitem überragenden Riesenbegriffs, den man aus der Hysterie und der Hypochondrie zusammengewoben hat.

Nun sind zwei Richtungen deutlich zu verfolgen. Die eine will das verkettete Zwillingspaar wieder auseinanderreißen, die andere sucht das Monstrum, zu dem sich allmählich die Hypochondrie ausgewachsen hat, in seine Bestandteile zu zerlegen, und dazu genügt jene Trennung allein noch nicht. Ist doch, wie Bilguer[42], Sr. Kgl. Majestät von Preußen bestallter Generalchirurgus, in seinen „Nachrichten an das Publikum in Absicht der Hypochondrie" weitschweifig feststellt, dieses Modewort zum „Deckmantel vieler Unarten des Herzens" geworden.

So gelangt die Hysterie unschwer zu ihrem alten Platze, ihr Gegenstück aber zerrt man unermüdlich hin und her. Das zeigt sich am deutlichsten in den verschiedenen Namen, mit denen man die Modekrankheit zu treffen sucht. Spasmodische Spannung der Nerven (Hoffmann[41]), Irritabilität des nervösen Genus (Raulin[43]), Erethismus, Spasmus und Verhärtung der Nerven (Pomme[44]).

Nichts von alledem findet Anklang bei den kritischen Geistern.

Um diese Zeit taucht eine neue Bezeichnung für das längst bekannte Übel auf, man beginnt von Spinalirritation zu reden. Und wie so oft glaubt man mit dem fremden Namen, der doch nur eine bestimmte mit dem Symptom des Wirbelschmerzes behaftete Gruppe aus dem ganzen großen Krankheitsbilde in eine schärfere Beleuchtung rückt, ein neues Leiden entdeckt zu haben.

In kurzer Zeit erwirbt sich die Bezeichnung so viel Gönner, daß sie, wie Cannstatt[45]) im Jahre 1843 klagt, bereits zur Modekrankheit geworden ist.

Mit der fortschreitenden Kultur wächst auch jene Krankheit, sie wird fast für die ganze Menschheit endemisch, selbst besondere Anstalten, in welchen man dem Übel mit kaltem Wasser zu Leibe geht, schießen aus der Erde hervor, und in diesen „Wasserheilanstalten" können die Ärzte „einen

Sammelnamen für den Zustand gar nicht mehr entbehren, der sozusagen ihr tägliches Brot ist und die damit Behafteten mehr plagt, als manche weit ernsteren Zustände".

Der Arzt, der diese Worte schreibt, Cordes[46]) in Alexandersbad (1872), gibt selbst einen solchen Sammelnamen an. Er spricht von reizbarer Schwäche, und diese Bezeichnung — trotzdem sie nicht neu ist — findet dankbare Anerkennung. Und doch trifft sie — genau wie das Wort Spinalirritation — nur ein einziges Stigma des vielgestaltigen Übels.

Da endlich löst sich der Bann, als ein praktischer Amerikaner (Beard[47]) das neugeprägte Wort „Neurasthenie" in die Welt schleudert (1869). Dieser Arzt sieht scharf und sicher, daß die Kranken, welche seine Sprechstunde füllen, an einer besonderen Art von Nervosität leiden. „Ihre Patienten sind wahre Riesen", sagt ein Freund, der zufällig durch das Konsultationszimmer geht[48]), „und die Riesen werden doch sonst nicht nervös!" Also — schließt Beard weiter — handelt es sich hier doch wohl um eine besondere Form der Nervosität, deren Ursprung im amerikanischen Leben zu suchen ist, und die drüben, jenseits des großen Wassers, niemand kennt. Dies hier ist etwas Neues, das eines neuen Titels bedarf. Er widmet der Beschreibung der Krankheit einen prachtvollen Artikel, und daß dieser von drei medizinischen Zeitungen als „not important" abgelehnt wird, festigt noch in ihm den Gedanken, ein Brecher neuer Bahnen zu sein.

Als wenn diese „american nervousness", die jetzt als ein Novum beschrieben wird, nicht schon vor mehr als hundert Jahren als „the english malady"[49]) eine Runde durch die ganze zivilisierte Welt gemacht hätte. Und auch diese Spezies war doch nur ein winzig kleiner Ausschnitt aus dem großen, seit dem Beginn des ärztlichen Denkens so heiß umstrittenen Kapitel des Morbus hypochondriacus.

Indessen was tat das? Darum schlug der neue Name nicht weniger glatt durch, und daß bereits in fünf Sprachen ähnliche Bildungen versucht waren, tat nichts zur Sache. Wer hatte sich auch um solche Worte wie Nevrospasme (Brachet[50]), Etat nerveux (Sandras[51]), Névralgie protéiforme (Cérise[52]),

Nervosisme (Bouchut[53]), Irritation of spinal cords (Frank[54]) und dergleichen gekümmert. Neurasthenie — das war das Wort, das man brauchte.

In der Geschichte der Medizin ist es nichts Seltenes, daß der Entdecker einer Krankheit eine Beschreibung von ihr liefert, die durch keinen späteren Beobachter übertroffen wird. Die Begeisterung läßt dem spähenden Auge des Forschers jeden Umriß in scharfer, glänzender Kontur erscheinen, und die Sprache leiht ihm dienstwillig die rechten Worte, um das zu schildern, was er sieht. Man denke an Sydenhams[55]) Tractatus de podagra et hydrope, an Bretonneaus[56]) Schilderung der Diphtherie in Tours und Duchennes[57]) packendes Bild von der Ataxie locomotrice.

Das gleiche gilt von Beards Beschreibung der Neurasthenie. Mit naiver Entdeckerfreude spricht er eine uralte Provinz des Menschengeschlechts als Neuland an[58]), aber so wie er sie schildert, vergißt ein jeder, der seine Worte liest, daß nur ein grelles Schlaglicht etwas längst Bekanntes erleuchtet.

„Es muß auffallen", sagt Krafft-Ebing[59]), „daß Beards Arbeit, trotz ihrer großen Mängel, wie eine Offenbarung auf medizinischem Gebiete erschien."

Einer dieser Mängel der Beardschen Darstellung liegt darin, daß er sich — wie so viele Entdecker vor ihm — verleiten läßt, die Grenzen seines scheinbar neu entdeckten Territoriums viel zu weit zu ziehen. Was er treffen und beschreiben will, ist die charakteristische american nervousness, also eine im intensiven struggle for life erworbene Nervenerschöpfung. Das Verdienst, eine packende Schilderung dieser Modekrankheit entworfen zu haben, wird ihm niemand rauben, aber nun macht er den Fehler und bringt auch die Zwangsvorstellungen und das ganze Heer der Phobien mit in das Bild der Neurasthenie hinein, und damit ist wieder die Verwirrung in vollem Gange. Daß auf dem Boden einer Dauerermüdung einmal eine Zwangsvorstellung erwachsen kann, daß ein Nervöser auch hier und da an Beängstigungen leidet, wird niemand bestreiten, aber für Beard genügen diese Tatsachen, um alles das, was zu den deutlichsten

Symptomen der Entartung gehört, alle jene Zeichen eines von Geburt an krank veranlagten Nervensystems für Kriterien seiner neuen Modekrankheit anzusprechen.

Und dieser Nonsens wird bis heute kritiklos nachgebetet, umstritten, wissenschaftlich bewiesen, entschuldigt und, weil er einmal da ist, geschont!

Seit dem Erscheinen der Beardschen Schrift wird bis auf den heutigen Tag folgender Syllogismus vertrieben: Neurasthenie heißt die erworbene Nervenschwäche. Da sich bei dieser Zwangsvorstellungen und Phobien einstellen können, so ist jeder, der an den genannten Zuständen leidet, ein Neurastheniker! Ein Degenerierter, dem das Stigma der Entartung in Form einer Zwangsvorstellung seinen Platz im nosologischen Systeme unverkennbar anweist, marschiert Arm in Arm mit einem von Haus aus ganz gesunden Menschen, der seine Nervenkraft im Kampfe ums Dasein geopfert hat, denn beide nennt man Neurastheniker! —

Das Modewort Neurasthenie fiel Möbius[60]) mit der Zeit selbst auf die Nerven.

Und nun kommt das Zentrum aller Verwirrung. Man rückt die Zwangsvorstellungen in die unmittelbare Nähe der Hysterie. Die Unschädlichmachung einer solchen krankhaften, unverträglichen Vorstellung durch die Konversion, d. h. die Umsetzung der Erregungssumme ins Körperliche: das gilt nunmehr als das charakteristische Moment der Hysterie.

Der Vater dieser Theorie, Freud[61]), hat — das ist in der Geschichte der Hysterie selbstverständlich — mit seinen Worten einen Sturm der Begeisterung entfesselt.

Man kann den Inhalt der neuen Lehre zusammenfassen in den Satz:

„Das Gedankenleben der Hysterischen ist erfüllt von Reminiszenzen, in denen in keinem Falle das psychische Trauma und zwar das sexuelle vermißt wird.“ (Aschaffenburg.[62])

Um das zu beweisen, nimmt man sogar die Traumdeutung zu Hilfe. Als wenn nicht schon Carolus Piso ge-

sagt hätte: „Mulier hysterica excitata somnium nunquam ullum enarravit!" — —

Wozu noch viele Worte? Es war immer so, es wird stets so bleiben: Je hirnverbrannter ein Gedanke ist, um so mehr wird er die Köpfe entzünden.

Die Veröffentlichungen Siegmund Freuds hat man als einen Markstein in der Geschichte der großen Neurosen bezeichnet (Warda[63]). — — Hoffentlich wird der olympische Wagen der Wissenschaft diesen Stein in der Rennbahn glücklich umfahren. — —

Wir sind am Ende unserer historischen Betrachtung angelangt. Der Zirkel ist geschlossen: Ein Circulus vitiosus, der zwei Jahrtausende ernsten Forschens und scharfen Denkens umspannt. Vom Hippokratischen Irrtume sind wir ausgegangen: Alles hysterische Leiden kommt vom Uterus, dann heißt es mit einemmale, wenn die retentio seminum diese Krankheit auslöst, warum bekommen sie dann nicht auch die Männer? Und sobald nur die koische Regel gebrochen ist, bekommt der Gedanke: Die Hypochondrie ist mit dem Mutterweh identisch, eine zwingende Gewalt. Ein Tumult der wissenschaftlichen Anschauungen beginnt, in dem zuletzt selbst der Name der Hysterie verschwindet, aber dieser zähe Begriff ringt sich wieder hervor. Wie ein Zwilling seinen Bruder in utero zum papierenen Gespenste zusammenpreßt, wird die Hypochondrie an die Wand gedrängt und unterliegt in ihrer Schwäche dem Modeworte Neurasthenie. So steht es heute: Die Hypochondrie ist als eine Form der Paranoia hinter den Mauern der geschlossenen Anstalt verschwunden, ihr gegenüber stehen als Sieger die Hysterie und die Neurasthenie, aber es heißt auch hier wie bei Asculum: Noch ein solcher Sieg und ihr seid verloren!

Wer das Schlachtfeld überschaut, auf dem der Kampf ausgefochten ist, dem droht die Feder zu erlahmen, die es unternimmt, ein Wort zur Schlichtung des Streites zu schreiben, und doch ist es an der Zeit, es offen auszusprechen, daß es eine Krankheit „die Hysterie" überhaupt nicht gibt und nie gegeben haben kann. Stets war es ein Truggebilde,

nach dem die Forscher tasteten, und darum ist es kein Wunder, daß das luftige Gespenst unter der packenden Faust zerging und in nichts zerstob. Jetzt ist es Zeit, nicht diesen Geist zu bannen, sondern ihn dahin zu verweisen, wohin er gehört: in das Reich der Phantasie!

Wenn der Verfasser der nachfolgenden Zeilen nicht selbst dem Geschicke verfällt, in das jener Schemen schon so viele vor ihm gelockt hat, so wird binnen wenigen Jahren der Begriff der Hysterie der Historie angehören, die Bezeichnung hysterische Symptome hat alsdann nur noch einen historischen Wert.

II. Die Lehren der Salpêtrière.

„Der Begriff Hysterie, wie er durch die Arbeiten Charcots entstanden ist, ist ebenso verschieden von dem, was man vor dem Erscheinen der Arbeiten aus der Salpêtrière für Hysterie hielt, wie der frühere Begriff der Entzündungen von dem heutigen der Infektionskrankheiten."

Mit diesen Worten beginnt Gilles de la Tourette [19]) seine Darstellung der Charcotschen Lehre von der Hysterie.

Wer die mäandrischen Windungen verfolgt, in denen sich der Forschergeist bewegt, um zum Verständnis des seltsamen Übels zu gelangen, bis zu den Zeiten, da die Tätigkeit des berühmten Klinikers der Salpêtrière beginnt, und darüber hinaus bis zu unseren Tagen, wird nicht verkennen, daß jener Satz mit echt französischer Übertreibung gefärbt ist. Die Bewunderung des Schülers für seinen großen Meister hat ihm die Feder geführt.

Indessen, wer wollte es leugnen, daß Charcot in der Geschichte der Hysterie eine bedeutsame und gleichzeitig durchaus selbständige Position einnimmt.

Wenn auch Georget [64]) und Briquet [31]), auf die er sich mit Vorliebe beruft, die wahre Natur des Leidens als „affection dynamique" bereits klargelegt, auch den Einfluß der Vererbung, des Geschlechts und des Alters genügend gewürdigt

hatten, so blieb doch noch viel zu tun, um das Krankheitsbild gegen den trüben Hintergrund mit scharfen Strichen herauszuarbeiten. Diese Aufgabe stellt sich Charcot, als er sein Lehramt in der Salpêtrière antritt.

Das erste, was er unternimmt, ist das Studium des hysterischen Anfalls. Schien der Verlauf dieses Paroxysmus bisher in seiner Form variabel, unfaßbar und wetterwendisch, so zeigt sich jetzt, daß er bestimmten Regeln gehorcht. Wie selbst die Windsbraut ihr Gesetz der Stürme kennt, so bewegt sich auch der hysterische Krampf trotz des kaleidoskopisch wechselnden Ablaufs seiner Phasen nach ganz bestimmten Normen.

Daß etwas Gleichmäßiges in diesen Paroxysmen lag, war selbst dem Laienauge nicht verborgen geblieben, so bedienten sich die Wärterinnen der weiblichen Irren in der Berliner Charité schon lange eigentümlicher Zunftausdrücke zur Bezeichnung der einzelnen Krampfformen. Sie sprachen von Ziehkrampf, Brustkrampf, Schüttelfrost und Rappelkrampf[65]).

Charcots[66]) Regel legt endlich den Gang des einzelnen Anfalls fest. Seine Terminologie: Contorsions, grands mouvements und attitudes passionelles sind längst in die Medizinersprache der ganzen Welt übergegangen.

Wenn auch in Deutschland vielfach darauf hingewiesen ist, daß ein ganz klassischer, durch alle diese Stadien zu verfolgender hysterischer Krampf zu den Seltenheiten gehört, so wollen wir nicht vergessen, daß ein an wenigen Schulfällen konstruiertes klinisches Schema im Spiegel der täglichen Praxis zumeist nur als Rudiment wieder erscheinen wird.

Mit der Analyse des hysterischen Anfalls ist eng verknüpft seine Abgrenzung gegen die Epilepsie.

Bei diesem Kapitel herrschte eine ziemliche Verwirrung. Louyer Villermay[67]) hatte dem Hysterizismus die Hystérie épileptiforme gegenübergestellt, Briquet spricht von Hystérie à attaques mixtes und Landouzy[68]) von solcher à crises distinctes, daneben unterschied man auch noch eine Hystéro-Epilepsie à crises combinées.

Hier setzt Charcot ein und betont die Selbständigkeit der Hysterie, die bei solchen Mischformen, wie sie be-

schrieben waren, nur das äußere Ansehen der Epilepsie annimmt.

Nicht zum wenigsten ausschlaggebend ist dabei die Beobachtung, daß selbst der heftigste Anfall der Hysterischen durch Kompression des Eierstocks in seiner Entwicklung modifiziert, manchmal geradezu kupiert wird. Jener Druck in der Ovarialgegend also, durch den man, wie Charcot glaubte, zuweilen die Prodromalsymptome des Anfalls, zuweilen sogar diesen selbst zum Ausbruch bringen konnte.

Wir wissen heute, daß das Ovarium an jener Stelle, wo Charcot es vermutete, gar nicht liegt und niemals durch Druck in der hysterogenen Zone getroffen werden kann. — —

Allein die anatomischen Verhältnisse mögen sein wie sie wollen, in dem Krankheitsbilde der Hysterie, wie es Charcot entwirft, kann die Ovarialhyperästhesie nicht entbehrt werden, sie gehört mit der Hemianästhesie zusammen zu den wichtigsten Symptomen und leitet direkt hinüber zu der partiellen oder lokalen Hysterie, also denjenigen Zuständen, welche mit mehr oder weniger Hartnäckigkeit im Intervall der konvulsivischen Attacken zurückbleiben.

In unserer Zeit ist es Mode, mit längst bekannten Ausdrücken einen ganz neuen Sinn zu verknüpfen, deshalb muß wieder einmal betont werden, was man unter lokaler Hysterie versteht.

Außer den erwähnten Symptomen rechnet Charcot dazu noch die Paralyse, die Kontraktur und die points douloureux fixes, die Rhachialgie, die Pleuralgie und den Clavus hystericus [69]).

Später erscheinen unter diesen Stigmata noch die Anästhesie in zerstreuten Herden und geometrischen Segmenten, die Gesichtsfeldeinengung und manches andere.

Es soll hier nicht versucht werden, eine Aufstellung aller hysterischen Symptome zu geben. Das ist von jeher eine undankbare Aufgabe gewesen. „Dies me deficeret", sagt schon Thomas Sydenham [70]), „si omnia, quae affectus hystericos gravant, symptomata enumerare velim; tam diversa atque ab invicem contraria specie variantia, quam nec Proteus lusit unquam nec coloratus spectatur Chamaeleon."

Für den Zweck dieser Arbeit genügt es, zu zeigen, wie vor Charcots Auge allmählich diese merkwürdig fließenden Zeichen Form und Gestalt annehmen.

Nirgends erscheint das packender als in den berühmten Leçons de mardi à la Salpêtrière. Hier wächst gewissermaßen vor den Blicken der Studenten die Krankheit aus dem Boden heraus.

Vor allem ist sie einheitlich und unteilbar[71]). So wie der Ausdruck Hysterie schon lange den Unbilden der Zeit und der Menschen Widerstand geleistet und damit ein bedeutsames Zeichen seiner Lebensfähigkeit gegeben hat[72]), so bleibt sich auch das Übel selbst stets gleich in seinem Wesen ohne Rücksicht auf die Gelegenheitsursache, welche es hervorruft[73]). Daß mannigfache Intoxikationen, vor allem der Alkoholismus und die Bleivergiftung, die Eigentümlichkeit haben, bei Männern Hysterie zu erwecken, wird zugegeben[74]), ebenso kombiniert sie sich gern mit organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, so z. B. mit der Tabes, am häufigsten aber mit der multiplen Sklerose[75]), selbst in der Rekonvaleszenz nach einer akuten Krankheit[76]) sieht man hysterische Symptome und auch einmal eine ganze Hysterie entstehen. Sie schießt überhaupt niemals wie ein Pilz überraschend aus dem Boden, denn eine Urzeugung gibt es auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten nicht[77]).

Nur der Neurasthenie allein wird das Recht zugesprochen, daß sie in verschiedenem Grade mit der Hysterie verschmelzen könne[78]).

Das ist eine kurze Schilderung der Krankheit nur mit Charcots eigenen Worten, aber sie wäre nicht vollständig, wollte man den folgenden schönen Satz verschweigen: „Wo baut eigentlich überhaupt die Hysterie ihr Nest auf? Ich habe sie Ihnen wiederholt in der Arbeiterklasse, bei Handwerkern gezeigt und habe gleich damals gesagt, daß man sie bei den Zerlumpten, Ausgestoßenen, Bettlern und Landstreichern suchen muß. Ja man müßte sogar in die Armenasyle, die Zuchthäuser, selbst bis ins Bagno vordringen, um dort nach ihr zu fahnden.“ [79])

Wir sehen also zahllose Einzelheiten von Meisterhand zusammengefügt zu einem gemeinsamen Bildwerke. Wir sehen, wie vor unseren Augen aus nichts ein Kunstwerk entsteht, scharf herausgemeißelt in allen, selbst den geringsten Feinheiten, und jedes einzelne der minutiösen Teilchen weist wieder auf das Ganze.

Dr. Fausts Worte beim Anblick des Mikrokosmos möchte man auf dies Bildwerk übertragen:

> Wie alles sich zum Ganzen webt,
> Eins in dem anderen wirkt und lebt!

Jener luftige Schatten, der Jahrhunderte lang, einem Höhengespenste gleich, in nebelhafter Ferne am geistigen Auge so vieler Denker vorüberzog, steht jetzt wie eine aus weißem karrarischem Marmor gehauene Statue vor uns. — —

Fast erscheint es wie ein Sakrilegium, die zerstörende Hand wider dieses Kunstwerk zu erheben!

Und doch — in der Wissenschaft gibt es keine Ehrfurcht, es sei denn vor der Wahrheit. Vor Menschenwerken beugen wir uns nicht. Und Charcots Lehre von der Hysterie ist und bleibt ein künstliches Menschenwerk, das sich, je formvollendeter es in allen seinen Teilen erscheint, nur um so weiter von der Natur entfernt.

Eine solche Krankheit gibt es nicht und hat es nie gegeben. Was Charcot und wir mit ihm Hysterie nennen, ist ein aus tausend Fäden gesponnenes Gewebe, kein morbus, sondern eine cohors morborum, eine bunte Schar der verschiedensten, aus allen Regionen der Pathologie zusammengesuchten Krankheitstypen, denen nichts gemeinsam ist als eben jene hysterischen Stigmata. Und diese sind nicht für eine einzige bestimmte Krankheit charakteristisch, sie finden sich überall da, wo Menschenleid besteht, es sind die Brandmale, mit denen das Geschick die Menschheit zeichnet, nicht Stigmata diaboli, sondern Stigmata necessitatis.

Es ist lehrreich, dem Gedankengange nachzuspüren, der Charcots Weg bezeichnet.

Er geht aus vom hysterischen Anfalle — natürlich, das ist ja das bedeutsamste Charakteristikum der ganzen Krankheit gewesen seit Platos Zeiten. Die Hysterie war niemals ein Proteus oder ein Chamäleon, sie wird erst dazu, als man sie mit der Hypochondrie zusammenwirft.

Nun lehrte aber schon Briquet, daß ungefähr ein Viertel der hysterischen Frauen niemals Anfälle hat. Charcot nennt das eine Anomalie des Krankheitsbildes[80]) und betont, daß die Krankheit in solchen Fällen nichts von ihrer Selbständigkeit einbüße und ihren symptomatischen Ausdruck nur in den permanenten Stigmatibus finde. Der Anfall ist kein unentbehrlicher Charakter der Krankheit.

Das ist der erste Schritt vom Wege ab, und jetzt folgt als nächster der Schluß: Weil sich bei denjenigen Kranken, die an konvulsivischen Attacken leiden, eine ganze Anzahl von permanenten hysterischen Zeichen findet: sensibele und sensorische Störungen, Neigung zu Kontrakturen, Gesichtsfeldeinengungen und dergleichen mehr, so ist jeder Mensch, der ein einziges solches Stigma aufweist, ein Hysterischer! Beweis: Anfälle sind nicht charakteristisch für die Krankheit, jedes einzelne Stigma genügt zur Sicherung der Diagnose.

Nun sind aber jene Individuen, an denen Charcot seine Studien macht, soweit es sich wenigstens um die klinischen Fälle handelt, schwer defekte Persönlichkeiten, Imbezille, Schwachsinnige und halb Verblödete, die nicht um ihrer Hysterie willen im Hospitale sind, sondern wegen irgendeiner geistigen Störung. Man muß die Säle der Salpêtrière durchwandert haben, um zu sehen, daß dieses riesige Lazarett weit mehr einem Siechenhause als einer Klinik gleicht.

Charcot[81]) selbst betont das hin und wieder. „Dieses große Asyl", heißt es in der Rede zur Eröffnung der klinischen Lehrkanzel in der Salpêtrière, „schließt eine Bevölkerung von mehr als 5000 Personen ein, darunter eine große Anzahl unter der Bezeichnung „Unheilbar" und auf Lebenszeit aufgenommene Individuen jeden Alters, die von chronischen Krankheiten aller Art, besonders aber von Krankheiten des Nervensystems be-

fallen sind. Dieses beträchtliche, aber in seiner Eigenart notwendig beschränkte Material, welches ich als den alten Fonds bezeichnen möchte, war durch lange Jahre das einzige, das uns für unseren klinischen Unterricht zur Verfügung stand."

In diesem „reich ausgestatteten, lebenden pathologischen Museum" ist jenes Präparat entstanden, das als die Lehren der Salpêtrière von den Aerzten sämtlicher Kulturnationen bis heute konserviert worden ist.

Charcot findet das Kunstwerk zum Teil schon vor, denn Georget, der an dem gleichen Platze seine Studien macht, arbeitet ihm bereits vor, und Briquet, der an anderer Stelle, dem Hospital de la Charité, aber offenbar mit ganz ähnlichem Krankenmaterial experimentiert, stützt sich auf jenen.

Pierre Janet[82]), dessen psychologische Versuche uns weiter unten noch beschäftigen werden, unterliegt genau denselben Einflüssen.

Bei Briquet finden wir schon fast genau die gleiche Versuchsanordnung wie später bei Charcot. Er studiert die Hysterischen, die man „seit langer Zeit in die Charité zu verweisen pflegte", und geht dann durch die Krankensäle, um zu sehen, wie viele Kranke, die aus anderen Gründen eingeliefert sind, hysterische Symptome aufweisen. Daß er sich dabei nicht an den Paroxysmus, als das wesentlichste Stigma, bindet, ist selbstverständlich, sonst wäre der Kreis seiner Hysterischen ein beschränkter geblieben. Er betont vielmehr ausdrücklich, daß es auch eine Hysterie ohne Anfälle gibt. So gelangt er zu 430 Beobachtungen.

Charcot geht fast denselben Weg. Was er im lebenden pathologischen Kabinett sieht, überträgt er unvermittelt auf die Kranken der Consultation externe, also solche Menschen, die von der Straße, aus der Arbeit oder aus ihren Wohnungen zur öffentlichen Sprechstunde kommen. Und immer ist der Schluß derselbe: Wer ein einziges hysterisches Stigma aufweist, ist damit hysterisch, mag es sich nun um die Femmes en attaques handeln, die Jahrzehnte lang zur Division incurable gehören, oder um einen Menschen, der soeben wegen

irgendeiner kleinen äußeren Läsion in der Ambulanz erscheint.

Wir werden gleich sehen, wie dieser Gedankengang stets und ständig in allen Nuancen und Schattierungen in dem Bilde der Hysterie, wie es die Salpêtrière zurückwirft, wiederzufinden ist.

In seinen Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems stellt Charcot[83]) einmal fünf Kranke vor, um den Ovarialschmerz zu demonstrieren. Diese fünf sind, wie er sagt, fast die einzigen Hysterischen unter 160 Kranken, „qui composent la division consacrée aux femmes atteintes de maladies convulsives, incurables et reputées exemptes d'aliénation mentale." [84])

Es sind also unheilbare Geisteskranke, die sich durchweg in irgendeinem Stadium der Verblödung befinden.

Daß diese fünf Weiber untereinander viel Gemeinsames haben, ist auf den ersten Blick zu sehen. Sie leiden nicht nur sämtlich an klassischen Paroxysmen, sondern diese lassen sich auch bei jeder einzelnen von ihnen durch Druck auf die Ovarialgegend beeinflussen, außerdem fehlt bei keiner der Patientinnen die Hemianästhesie, und endlich hat jede entweder eine Kontraktur oder eine Parese aufzuweisen.

Im übrigen sind die Unterschiede aber doch sehr groß. Drei Kranke im Alter von 21, 23 und 28 Jahren leiden seit der Pubertätszeit an ihren Attacken, also doch zum mindesten seit sechs Jahren. Ob sie schon ebensolange im Hospitale sind, wird nicht gesagt, auch sonst wird der psychische Zustand nicht erwähnt, nur eine von ihnen, Genovefa, befindet sich in einem „état mental bizarre".

Daß es sich bei diesen drei Personen um mehr oder weniger demente Kranke handelt, ist ganz zweifellos und trotz der aphoristischen Darstellung des status praesens unverkennbar.

Noch mehr gilt das von den beiden anderen Fällen, der 40jährigen Justine und der 48jährigen Ler.., beide sind offenbar alte Anstaltsartefakte. Die letztgenannte ist ein Cas celèbre, den seit 20 Jahren alle Ärzte kennen, welche die Salpêtrière besucht haben.

Daß alle diese fünf Persönlichkeiten nicht wenig voneinander gelernt haben, zumal sie doch wohl auf einem und demselben Saale liegen, darf man sich wohl nicht ganz verhehlen.

Nun zeigt sich bei dieser Gelegenheit ganz deutlich, wie sehr Charcot geneigt ist, zu verallgemeinern. Hätte er aus diesen fünf einander allerdings merkwürdig konformen Fällen den Begriff eines hysterischen Irreseins konstruiert, so wäre das verständlich gewesen, trotzdem auch dann noch mehrere ganz heterogene psychische Zustände in ein und dieselbe Kategorie geraten wären, aber das geschieht nicht, eine solche Krankheit erkennt Charcot überhaupt nicht an. „Mit einem Worte," sagt Féré[85]) einmal, „Hysterie und Wahnsinn sind nicht einander untergeordnet, es sind zwei bei derselben Person zusammen vorkommende Krankheiten."

Das klingt fast genau so, als wenn der Meister selbst gesprochen hätte.

Die Hysterie ist eben selbständig, einheitlich und unteilbar, und nun schließt er weiter: weil Justine — abgesehen von ihren sonstigen Gebrechen — auch an Achromatopsie leidet, so ist jeder andere Mensch, der mit diesem Symptome behaftet ist — hysterisch! Und endlich, weil bei den fünf Hysterischen Neigung zu Kontrakturen besteht, so ist jeder Mensch, der eine Kontraktur erleidet — ein Hysterischer!

Auf diese Weise gelangen wir zu dem Begriffe der monosymptomatischen Hysterie, denn für Charcot genügt ein einziges Stigma, um die Diagnose zu begründen.

Daß eine ganze Reihe — wir werden weiter unten sehen, sogar alle — dieser Stigmata nur eine symptomatische, aber keine pathognomonische Bedeutung haben, ist augenfällig, trotzdem sehen wir auf Schritt und Tritt, daß jedes einzelne dieser Kennzeichen zur Klassifizierung ausreicht.

Solange man diese Logik nur in den Krankensälen selbst verwendet, läßt sie kaum jemals im Stich. Wenn ein Kranker außer dem Leiden, das ihn ins Hospital geführt hat, noch Stigmata aufweist, so ist er außerdem hysterisch. Die Präli-

minarien, die wir bei diesem Übel voraussetzen, lassen sich zumeist erbringen, aber sofort sehen wir Konflikte entstehen, sobald die Lehre auf die Kranken der Poliklinik angewendet wird.

Es kommt ein Arbeiter herein, mit einer Kontraktur. Solche Diathese zeigen unsere Hysterischen: ergo, dieser Mann ist hysterisch! Ferner, es erscheint ein Bettler, und er zeigt verstreute Anästhesien, ergo: er ist hysterisch! Und endlich bei dem nächsten findet sich eine Gesichtsfeldeinschränkung, sonst nichts weiter, ergo: auch er ist hysterisch!

Daß bei solcher Beweisführung Lehrsätze zustande kommen können, wie sie die Schule der Salpêtrière vertritt, ist leicht erklärlich. Die Hysterie wird förmlich ubiquitär. „Die männliche Hysterie", sagt Gilles de la Tourette[86], „kommt hauptsächlich in den unteren gesellschaftlichen Klassen vor, unter den Erdarbeitern, Packträgern, Heizern, Maschinisten, Schwimmern, Tauchern, Tabaksarbeitern, Matrosen und Soldaten."

Wenn ein einziges Stigma — etwa eine symmetrische Gefühlsstörung — für die Hysterie pathognomonisch ist, trifft das zu, rechnet man aber den hysterischen Charakter, die Neigung zum Somnambulismus, überhaupt alles das, was die Hysterie zu dem gemacht hat, was sie ist, hinzu, so ergibt sich eine heillose Verwirrung.

Was hat denn Genofeva, die seit ihrer Jugendzeit unter fortwährenden Paroxysmen leidet und unter diesen Attacken allmählich verblödet, mit jenem Schmiede gemeinsam, den Charcot einmal mit einer Kontraktur des Armes infolge einer Brandwunde vorstellt[87], und was hat denn die Démoniaque, der Cas celèbre der Salpêtrière, mit einem Tabaksarbeiter zu tun, der nur halbseitige Differenzen der Hautsensibilität aufweist, sonst nichts als eine ganz frische Verletzung?

Natürlich wird die Antwort erfolgen: Genofeva hat eine Kontraktur und der Schmied ebenfalls, und der Tabaksarbeiter ist anästhetisch wie jene und die Possédée: folglich sind alle vier hysterisch! Ein solcher Schluß ist der Ruin jeglicher vernünftigen Klassifizierung.

Nun kann man leicht verfolgen, wie schwankend das ganze

Lehrgebäude unter den sich fortwährend häufenden Differenzen wird, und wie stets und ständig die Autorität des Meisters herhalten muß, um den Bau zu stützen.

Vor allem geschieht das bei der Frage der Ätiologie.

„Die erste Ursache der Hysterie", sagt Gilles de la Tourette[88]), „ist nach Charcots Lehre die Vererbung." Nun gut, wenn wir Justines Akten nachsehen wollten, so brauchten wir gewiß nicht lange nach Anhaltspunkten zu suchen, aber in der Assistance publique erscheinen die Kranken reihenweise, die man wegen irgendeines Stigmas als hysterisch ansehen muß, und doch fehlt zuweilen jeder, auch der geringste Anhalt für die Erblichkeit.

Dabei ist Charcot in seiner Auffassung der Vererbungstheorie keineswegs penibel: „Da haben sie das Moment der Heredität greifbar vor sich", sagt er einmal[89]) in der poliklinischen Stunde, als eine Patientin angibt, eine Tante von ihr sei geisteskrank.

Ein anderes Mal stellt er sechs hysterische Männer vor und betont ausdrücklich, daß die hereditären Verhältnisse sich häufig bei den Männern noch besser ausgeprägt zeigen als bei den Frauen. Sehen wir uns in der Aszendenz der sechs Patienten um, so ist bei einem ausdrücklich gesagt, daß seine Familiengeschichte nichts besonderes bietet, dreimal ist vermerkt: Potatorium des Vaters, einmal hat die Mutter früher hysterische Anfälle gehabt und der Großvater war ein Trinker. Nur ein einziger Fall könnte als wirklich hereditär belastet gelten, wenigstens ist der Großonkel der Mutter epileptisch gewesen und hat zwei epileptische Töchter gehabt.

Man sieht, wie das Moment der Erblichkeit auch nicht annähernd genügt, um den Charcotschen Begriff der Hysterie zu stützen. Das ergibt sich auf der Stelle, sobald man die traumatische Hysterie auf den Plan bringt.

Gehören diese Fälle, in denen wir bei vollkommen gesunden und in keiner Weise erblich belasteten Personen Erscheinungen, die der Hysterie ähneln, auftreten sehen, zum Gesamtbilde, so muß die Ätiologie gründlich revidiert werden. Der Satz: Die erste Ursache der Hysterie ist die Vererbung,

muß fallen; denn wir sehen ja jetzt, wie Menschen hysterisch werden, die das Leiden nicht von ihren Vorfahren ererbt, sondern es sich selbst erworben haben.

Die traumatischen Fälle führen denn auch zur Aufstellung der Gelegenheitsursachen, der Agents provocateurs.

Es ist interessant, wie Charcot sich mit diesen Ereignissen abfindet.

„Diese Fälle waren mir noch vor drei Jahren ebenso unbekannt", sagt er[90]), „wie allen anderen, und doch müssen sie damals auch vorgekommen sein."

Die Analogien dieser Krankheitsbilder mit der Hysterie veranlassen Charcot dazu, sein ganzes Ansehen für die Zusammengehörigkeit beider Affektionen einzusetzen.

Mit der Erweiterung des hysterischen Krankheitsbildes muß man auch die Aufnahmebedingungen erleichtern.

So tritt also an Stelle der Erblichkeit die Gelegenheitsursache.

Charcot[91]) belegt das durch ein Beispiel: „Ein Eisenbahnunfall, an dem eine große Zahl von Reisenden beteiligt ist, kann für einen eine Paralysis agitans zur Folge haben, für den anderen eine Hysterie, für den dritten eine traumatische Neurasthenie — ein jeder erkrankt eben nach seiner persönlichen Disposition und der ihm eigentümlichen Reaktionsweise."

Diese Läsionen des Nervensystems bei vorher ganz gesunden Menschen mit der Hysterie zusammenzubringen, also mit einem vorwiegend vererblichen, gewissermaßen erblich degenerativen Übel, wirkt wie ein zersetzendes Gift auf die Charcotsche Lehre, wie ein Ferment, das im Verborgenen wühlend, an allen Seiten die zerstörenden Blasen heraustreibt.

Man höre folgenden Ausspruch des Meisters[92]):

„Es hat den Anschein, als ob gerade bei diesen derberen, durch die Kultur nicht verweichlichten Naturen, bei denen die Hystero-Neurasthenie sich infolge einer plötzlich und heftig wirkenden Ursache, nicht aber im Anschluß an die allmähliche Wirkung niederdrückender Gemütsaffektionen entwickelt, die Neurasthenie stets der Hysterie voran-

geht, gewissermaßen für dieselbe günstigen Boden schafft. Mit anderen Worten, es muß der Kranke, um hysterisch zu werden, zuerst die Neurasthenie durchmachen."

Damit haben wir den klaffenden Riß, der durch die ganze Lehre der Salpêtrière hindurchgeht, bereits deutlich vor uns. Diese erworbenen Nervenschädigungen bei sonst normalen Menschen gehören zur erworbenen Nervenschwäche, von Beard Neurasthenie genannt, alles andere gehört zum degenerativen Irresein, zur psychopathischen Minderwertigkeit oder zum erworbenen Schwachsinne.

Man kann sich des Gefühls nicht erwehren, als sähe Charcots geistiges Auge jenen unheilvollen Spalt in seiner Lehre gähnen, und er hebt gleichsam zuweilen seine kunstgeübte Hand, um ihn vorsichtig zu überstreichen und am Weiterreißen zu verhindern.

Dafür ein Beispiel. Daß ein einziges Stigma zur Statuierung der Hysterie genügt, ist oben schon zum Überdruß betont. Unter diese Stigmata gehört auch die Einengung des Gesichtsfeldes.

„Die streng konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung", sagt Charcot[93]), „ist ein fast eindeutiges hysterisches Symptom."

Daß dieses flagrante Ermüdungsstigma weit mehr auf Nervenerschöpfung, also das, was Beard Neurasthenie getauft hatte, hindeutet, kann dem Scharfblicke des gewiegten Beobachters nicht entgehen. Er macht sich gleichsam selbst den Einwand: Dann wären ja diese beiden Affektionen ein und dasselbe, und begegnet diesem Einspruche, indem er (an anderer Stelle) sagt[94]):

„Wenn ein Kranker, der Symptome der Neurasthenie zeigt, auch Gesichtsfeldeinschränkungen aufweist, so hat dies seinen Grund darin, daß er außerdem hysterisch ist. Diese beiden Zustände können sich eben kombinieren oder besser gesagt assoziieren, sie sind aber dann doch im allgemeinen ganz unabhängig voneinander."

Daß das Zugeständnis der Mischform Hystero-Neurasthenie dieser Lehre jeden Boden entzieht, braucht hier nur angedeutet zu werden. — —

Eine Darstellung der Lehren der Salpêtrière würde unvollständig sein ohne Erwähnung der Hypnose und der Suggestibilität.

Charcots Denkmal am Eingange zur Salpêtrière (von Falguière) zeigt den großen Lehrer im akademischen Talare, mit der einen Hand deutet er auf den Kopf einer neben ihm liegenden schlafenden Person. Das soll doch wohl die Bedeutung der Hypnose für unsere Anschauungen von der Hysterie versinnbildlichen?

Man mag darüber streiten, ob gerade auf diesem Gebiete das größte Verdienst des berühmten Arztes liegt: der Welt haben jene hypnotischen Experimente an den Hysterischen zweifellos am meisten imponiert.

Für den Zweck dieser kleinen Schrift braucht jener Punkt indessen nicht weiter erörtert zu werden. Da hier nachgewiesen werden soll, daß ein großer Teil desjenigen, was wir hysterisch nennen, zum Schwachsinne gehört, so könnte der Hinweis auf die Suggestibilität der Kranken diese Ansicht nur stützen, sie aber niemals entkräften.

Auch die psychischen Epidemien, die Hexenprozesse und die Dämonomanien, Ereignisse, welche die Franzosen gern mit der Hysterie zusammenbringen, kommen hier nicht in Betracht. Daß eine ganze Menge der verschiedensten Psychosen bei diesen Tragödien der Menschheit mitgespielt haben, ist anderswo bereits zur Genüge erwiesen [95]).

III. Wandlungen der Charcotschen Lehre in Deutschland.

Die Lehren der Salpêtrière sind in Deutschland von Anfang an mit Kopfschütteln aufgenommen.

Wenn auch der ausdrückliche Widerspruch, der sich zuerst erhob, durch die Autorität der französischen Schule zum Schweigen gebracht wurde, so hat man sich doch nur ungern gefügt, und so rechte Freude hat wohl niemanden die Nachprüfung jener Ansichten am eigenen Materiale bereitet.

Die besten Schilderungen der Krankheit durch deutsche Ärzte sind meisterhafte Kopien des von dem großen französischen Kliniker entworfenen Bildes. Das gilt sowohl von Jollys Monographie, die bald nach dem Erscheinen der Charcotschen Schriften veröffentlicht wurde, wie von dem Kapitel Hysterie in dem Strümpellschen Lehrbuche[95]).

Damit war die Lehre zum Dogma erhoben, und wenn es auch kaum jemals gelang, das Krankheitsbild genau so zu sehen, wie es in den berühmten französischen Büchern erschien, so freute man sich wenigstens, wenn sich aus den überall verstreuten trümmerhaften Rudimenten hin und wieder ein leidlicher Torso zusammensetzen ließ. Indessen wenn man versteht, zwischen den Zeilen zu lesen, so ist niemals die Ansicht ganz verschwunden, daß die Krankheit bei uns ein ganz anderes Gesicht zeige als bei den Franzosen.

Auf die in den übrigen Ländern geäußerten Meinungen kann hier nicht eingegangen werden, sonst dürfte nicht unerwähnt bleiben, daß Gowers[96]) bei der Hysterie in England andere Züge entdeckt, als sie in Frankreich beschrieben waren.

Gilles de la Tourettes bekannter Ausspruch, daß die Hysterie, wie jede andere Nervenkrankheit, in England dieselbe sei wie in Frankreich und in jedem anderen Lande der Welt, kann uns heute unmöglich noch imponieren.

In Deutschland hat dem Eindringen der französischen Anschauungen vor allem der Mangel einer knappen und zutreffenden Definition im Wege gestanden. Einen solchen Mangel verträgt die uns angeborene deutsche Gründlichkeit nun einmal nicht.

Charcot selbst gibt nirgends eine genaue Begriffsbestimmung. Er setzt gewissermaßen voraus, daß jeder weiß, was Hysterie ist. Einmal spricht er von der Psychose par excellence[97]), ein andermal sagt er: „Die Hysterie muß zu drei Vierteilen als psychisches Leiden aufgefaßt werden“ [98]), aber wo das letzte Viertel bleibt, verrät er nicht.

Georget[99]) hatte (1831) eine für seine Zeit ganz zutreffende Erklärung gegeben: „Die Hysterie ist eine fieberlose, gewöhnlich lang dauernde konvulsivische Affektion, die

hauptsächlich aus Anfällen besteht, welche sich durch allgemeine Konvulsionen und eine oft unvollständige Hemmung der intellektuellen Verrichtungen charakterisieren."

Allein wie man sieht, steht er noch ganz auf dem alten Standpunkte. Wie vor Zeiten Willisius sagte: Affectio dicta uterina praecipue et primerio sit convulsiva, so gilt auch ihm der Anfall als das vornehmste Kriterium des Übels. Er weiß nichts von Sensibilitätsstörungen, vor allem fehlt noch die später von den Franzosen so scharf betonte Eigenart der Krankheit, daß auch in den Zeiten zwischen den Anfällen Symptome, die zur richtigen Erkenntnis des Leidens führen, vorhanden sind.

Dieser Wandel in der Anschauung leitet direkt zu Briquet und damit zu Charcot hinüber. Die Definitionen diesseits und jenseits dieser Markscheide zeigen untereinander den gleichen Typus, es wäre ermüdend, auch nur einzelne davon aufzuzählen.

Nur die nachfolgende Analyse, die Eisenmann (1848) in einem enzyklopädischen Artikel gibt[100]), scheint beinahe unvermittelt dazustehen und mutet fast modern an: „Uns ist", heißt es bei ihm, „die Hysterie eine abnorme Reizbarkeit des gesamten Nervensystems, infolge deren die verschiedenen Provinzen dieses Systems gegen die unbedeutendsten dynamischen, organischen und psychischen Einflüsse, welche andere gesunde Menschen gar nicht affizieren, eine exzessive Reaktion aufbieten."

Hier ist also der hysterische Charakter besonders gekennzeichnet. Leider verfällt der Autor im weiteren Verfolg seiner Darstellung dem Fehler, daß er das ganze hysterische Irresein mit in das Krankheitsbild hineinzerrt, so daß schließlich wieder alles in Verwirrung endet.

Alle weiteren Versuche, den Begriff Hysterie zu analysieren, die vor Charcots Auftreten gemacht sind, können wir übergehen. Auch bei seinen Schülern werden wir in dieser Richtung nicht viel entdecken.

Gilles de la Tourette[101]) geht mit der angeborenen Grazie des eleganten Schriftstellers vorsichtig um die heikle Frage herum, und Pierre Janet[102]) gibt mit dem Satze:

„Die Hysterie ist eine allgemeine Erkrankung, die auf den gesamten Organismus umgestaltend einwirkt“, vielleicht die umfassendste Erklärung, die man von einer Krankheit überhaupt geben kann. Es wirkt beinahe komisch, wenn man erwägt, wie die monosymptomatischen Formen vor dieser Devise bestehen sollen.

In Deutschland schreibt Strümpell (1885): „Eine kurze, zutreffende Definition der Hysterie zu geben, ist unmöglich“ [103]), und heute noch braucht niemand Anstand zu nehmen, öffentlich zu bekennen, daß er gar nicht wisse, was Hysterie ist.

Außerordentlich belebend auf die Analysierung des vielumstrittenen Begriffs hat eine kleine Schrift von Möbius [104]) gewirkt, betitelt: Über den Begriff der Hysterie (1888). Sie umfaßt nur wenige Seiten, trotzdem aber hat sie einen großen Erfolg gehabt.

Möbius geht davon aus, daß der „Mangel einer ausreichenden Begriffsbestimmung bei wenig Gegenständen soviel Unklarheiten, Widersprüche und Mißverständnisse bewirkt habe, wie bei der Hysterie“, und beim Suchen nach einer solchen Definition gelangt er zu dem Satze: „Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen verursacht werden.“

Daß darin auch nicht annähernd eine Analyse des Begriffes Hysterie, so wie ihn die Franzosen verstehen, enthalten ist — und Möbius steht exakt auf dem Boden der Charcotschen Lehre —, sondern daß höchstens der Geburtsmechanismus einzelner Symptome dem Verständnis näher gebracht wird, ist ohne weiteres klar.

Trotzdem hat auch dieses kurze Wort, wie Krafft-Ebing s. Zt. von Beards kleiner Schrift über die Nervousness sagte, wie eine Offenbarung auf medizinischem Gebiete gewirkt.

Die Theorie unserer wunderlichen Neurose ist gleichsam ein harter, ausgedörrter Boden, dessen klaffende Spalten jeden Tropfen belebender Feuchtigkeit gierig einsaugen.

Die sogen. „Definition der Hysterie nach Möbius“ hat denn auch eine ganze Flora von literarischen Arbeiten aus diesem neubefruchteten Erdreiche hervorschießen lassen.

Unter den Auspizien dieses neuen Gedankens wagt man frischen Mutes der ehrwürdigen Sphinx das Seziermesser der Analyse an die Kehle zu setzen. Selbst eine neue Sprache wird gebildet, und um dem Verständnis näher zu kommen, bedient man sich einer Diktion, die den dunkelsten Psychologen der alten Schule Ehre machen würde. Die „psycho-physische Disproportionalität zwischen Affekt und Ausdruck" (Hellpach[105]) ist nur ein harmloses Beispiel davon.

Ob jemandem dadurch das schwierige Problem klarer werden mag, bleibe dahingestellt, glücklicherweise erhebt sich zuweilen eine Stimme, die es bezweifelt.

So sagt Erlenmeyer (1901) offen und ehrlich[106]): „Dazu kommt, daß wir uns der Hysterie gegenüber immer wie vor einer Unbekannten befinden. Ich für meinen Teil bekenne wenigstens ganz offen, daß ich nicht immer in der Lage war, in den verschiedenen Individual-Gleichungen der Hysterie das x der Ursache und das y des pathogenetischen Vermittlungsvorganges aufzulösen, und daß ich die Auffassung der Hysterie als einer psychogenen Neurose als einer Vorstellungskrankheit durchaus nicht für alle Fälle akzeptieren kann."

Trotzdem hat jene Auffassung bereits Eingang in die Lehrbücher gefunden.

Man lese nur folgende Erklärung vom Wesen der Hysterie bei Kraepelin[107]) (1904):

„Als wirklich einigermaßen kennzeichnend für alle hysterischen Erkrankungen dürfen wir vielleicht die außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Störungen wirksam zeigen, seien es Anästhesien oder Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe und Sekretionsanomalien. — — — Kurz und gut, die Hysterie ist ein angeborener abnormer Seelenzustand, dessen Eigentümlichkeit darin liegt, daß, wie Möbius es ausdrückt, krankhafte Veränderungen des Körpers durch Vorstellungen hervorgerufen werden."

Selbst das dauerhafte Wort Hysterie möchte man wieder einmal austilgen, um es durch ein anderes: Psychogenie zu ersetzen.

Als wenn das überhaupt eine Krankheit wäre! Wenn sich bei jemandem körperliche Veränderungen aus seelischen Vorstellungen bilden, so ist das a priori noch nichts Krankhaftes. Wir wissen alle, daß der Mensch vor Scham errötet und vor Angst erblaßt, daß der panische Schreck ihn lähmt und eine einzige böse Nacht sein Haupthaar zu bleichen vermag.

Wo liegt nun die Grenze zwischen dem Normalen? „Die gibt es nicht", sagt Möbius, „denn jeder Mensch ist etwas hysterisch." Richtig, aber von einer eigentlichen Hysterie sprechen wir doch erst, wenn mit besonderer Leichtigkeit krankhafte Affektionen infolge von Ideen auftreten, wenn also gewissermaßen die Widerstände, über welche der Gesunde bei solchen Gelegenheiten verfügt, mangelhaft funktionieren, oder sich sogar aus Isolatoren in gute Leiter verwandeln. Nun ist aber, um im Bilde zu bleiben, sobald in einer elektrischen Leitung ein Kurzschluß erfolgt, irgendeine Fehlstelle vorhanden, und genau so muß doch auch, wenn es erlaubt ist, z. B. das Entstehen einer hysterischen Kontraktur einem Kurzschlusse zu vergleichen, ein locus minoris resistentiae vorhanden sein. Selbstverständlich, — die Hysterische, der man eine Lähmung nach Belieben aufsprechen kann, ist eben in ihrem ganzen Nerventenor geschwächt, folglich müßte es heißen, wenn jemand derartig nervenschwach ist, daß schon eine Idee eine körperliche Veränderung bewirkt, so nennen wir das Hysterie. Der Vorgang selbst ist doch nur ein Symptom des zugrunde liegenden Übels, der Nervenschwäche.

Und wie reimt sich das nun zusammen? Möbius sagt ausdrücklich: „Mit Erschöpfung, die laut des Namens das Wesen der Neurasthenie bildet, hat die Hysterie nichts zu schaffen".[108])

Es ist ganz unmöglich, diese Ansicht auch nur einen Moment zu stützen, so hinfällig ist sie. Daß Möbius dabei viel weiter geht als Charcot selbst, ist aus dem vorigen Kapitel unschwer zu ersehen.

Und nun höre man weiter: Eine solche hysterische, oder sagen wir psychogene Lähmung kann ein ganz gesunder Mensch bekommen, wenn er z. B. verletzt wird.

Das ist bekannt, ergo: Jener Mensch ist hysterisch, denn das Kriterium dafür ist die Umsetzung von Vorstellungen in körperliche Schäden!

Wir geraten in eine schreckliche Verwirrung, wenn wir den Gedanken nur um eines Fadens Länge weiter spinnen.

Die Eigenschaft, die Möbius als das Wesen der Krankheit anspricht, ist nichts weiter als eine Äußerung des zugrunde liegenden Prozesses. Weil ein Individuum nervenschwach ist oder degeneriert oder imbezill oder psychopathisch minderwertig, deshalb wirkt schon ein packender Gedanke, ein Schreck oder ein sonstiges Ereignis als deletärer Faktor. Was ein Gesunder mit heftiger Abwehr von sich stößt, gewinnt über solche psychopathische Naturen eine unwiderstehliche Macht. Das ist eben ein Zeichen, wie schwach jene Kranken sind.

Diese Erwägung ist doch eigentlich selbstverständlich und bedarf keines weiteren Beweises.

„Die gesteigerte Emotivität und die reizbare Schwäche des Zentralnervensystems ist die Voraussetzung für die Möglichkeit des Eintretens derjenigen Vorgänge, die Möbius mit seiner Definition umschreibt“, sagt Hoche[109]).—

Die von Möbius angegebene Begriffsbestimmung der Hysterie mußte hier etwas eingehender besprochen werden, denn sie hat verschiedene Berührungspunkte mit denjenigen Anschauungen, deren Beweis in den nachfolgenden Zeilen versucht werden soll.

Diese kleine Schrift stellt sich die Aufgabe, nachzuweisen, daß die Hysterie keine selbständige unteilbare Krankheit ist, sondern ein Komplex verschiedener, allerorten vorkommender Krankheitszeichen, und ferner, daß ein Teil jener unter einem Namen vereinigten Gruppe dem angeborenen Schwachsinne, ein weiterer der erworbenen Nervenschwäche und endlich der Rest verschiedenen Formen der Demenz zugehört.

Da Charcot die Unteilbarkeit der Hysterie als unantastbares Dogma verkündet hat, mithin die Ansicht, die im nachfolgenden bewiesen werden soll, das diametrale Gegen-

teil behauptet, so konnte ein Kapitel, das sich mit den zwischen diesen beiden extremen Polen fluktuierenden Ideen befaßt, nicht wohl anders genannt werden als: Wandlungen der Charcotschen Lehre in Deutschland.

Möbius bietet für diese Untersuchung den besten Ausgangspunkt. Er betont noch einmal ganz scharf: Von der Neurasthenie ist die Hysterie gänzlich verschieden.

Es verlohnt sich der Mühe, nachzuschlagen, was Möbius unter Neurasthenie versteht. Wir finden [110]): „Eine durch Tätigkeit herbeigeführte gesteigerte Ermüdbarkeit; je größer die angeborene Anlage, um so geringer braucht die krankmachende Tätigkeit zu sein."

Auch hier wiederum wird gleich hinzugefügt: „So scharf wie möglich muß man zwischen neurasthenischen und hysterischen Erscheinungen unterscheiden."

Darin geht er also noch weiter als Charcot, aber er gibt dann auch gleich wieder zu, daß die beiden Neurosen sich wohl „unterscheiden, aber nicht scheiden ließen".

Man sieht, wie selbst dieser markanteste Vertreter der Charcotschen Lehre in Deutschland bei dem ersten Versuche, Klarheit zu schaffen, ins Straucheln gerät.

Daß die psychologische Richtung, der Möbius die Wege gewiesen hat, mehr Klarheit in das Problem der Hysterie gebracht hätte, kann man nicht behaupten.

Wie immer, wenn der ärztliche Forscher den sicheren Boden der Erfahrung verläßt und sich auf den luftigen Fittichen der Spekulation in jene Gegenden hinüberschwingt, die nun einmal jenseits der Grenze unseres Erkenntnisvermögens liegen, so ist auch diesmal nicht viel Vernünftiges für die medizinische Wissenschaft herausgekommen. Allein auch hier wieder sehen wir, wie sich ein bei den Denkern längst bekanntes Gesetz bewahrheitet, nämlich: daß jegliche Erkenntnis stets nur den Zweifel zu ihrem Ausgangspunkte wählen kann.

Wir müssen hier alle psychologischen Deutungsversuche und ebenso alle sonstigen modernen Auffassungen der Hysterie beiseite lassen, dagegen verlangt unser Thema eine Berücksichtigung derjenigen Forscher, welche auf dem Wege ihrer

Spekulation zu einer gesunden Skepsis gelangen. Ihre Reihe ist nicht lang, ein kurzer Überblick ist bald gewonnen.

Böttiger[111]) hat am 27. April 1897 im ärztlichen Vereine zu Hamburg einen Vortrag gehalten über „Neurasthenie und Hysterie und die Beziehungen beider Krankheiten zueinander“. Er hält beides für grundverschieden und betont bei der Hysterie, die er für eine Psychose erklärt, daß die wichtigsten Stigmata (Gesichtsfeldeinschränkung und Hemianästhesie) entweder „autosuggeriert“ oder „durch den Untersucher ansuggeriert“ seien.

Diese Ideen hat Böttiger[112]) dann am 3. November 1903 in einem Vortrage über „wahre und falsche Stigmata der Hysterie“ nochmals verfochten. Den Clavus und den Globus hystericus verweist er in das Gebiet der Neurasthenie Dabei betont er abermals, daß er in seiner Praxis bei nicht neurologisch voruntersuchten Hysterischen nie eine Hemianästhesie habe konstatieren können, selbst nicht bei Hysterischen Hemi-, Mono- oder Paraplegien. Er schließt daraus, daß diese Stigmata wohl meist abhängig seien von der Art der ärztlichen Untersuchung.

In der Debatte, die sich an diesen Vortrag anschließt, betont Sänger den großen Wert der Charcotschen Stigmata für die Diagnose Hysterie, Nonne erklärt es sogar für einen Rückschritt, diese Zeichen für unwesentlich zu achten, von einem Ansuggerieren der Sensibilitätsstörungen könne in seinen Fällen sicher keine Rede sein. Embden endlich weist darauf hin, daß Böttiger vielleicht durch Konzentrierung der Aufmerksamkeit des untersuchten Individuums die Stigmata bereits suggestiv beseitigt habe, bevor sie konstatiert werden konnten.

Man hätte versucht sein können, auch Pierre Janets[113]) Worte in die Debatte zu werfen: „Sollten sich etwa in allen zivilisierten Ländern vom Mittelalter bis zur Gegenwart die Hysterischen verabredet haben, dieselbe Sache zu simulieren?“

Im Jahre 1904 erschien Binswangers[114]) große Monographie. Hier wird mehr aufgebaut als zerstört. Trotzdem der Verfasser mit dem Geständnisse beginnt, daß die neueren Wege der Erforschung der Hysterie uns nur dazu geführt

hätten, alte überlieferte Anschauungen endgültig über Bord zu werfen, ohne uns in den Stand zu setzen, eine Begriffsbestimmung der Hysterie als klinische Einheit und fest umgrenzte Nervenkrankheit zu geben, nimmt er das von Charcot gelegte Fundament zur Basis seiner Ausführungen. Das Resultat des ganzen schweren Bandes ist dies: alles bleibt, wie es war!

Zu den Zweiflern hat sich in neuester Zeit (1906) noch ein Autor gesellt, den wir hier nicht übergehen dürfen. Kronthal[115]) wirft die Frage auf: „Ist Hysterie eine Nervenkrankheit?" und kommt zu dem Schlusse: „Hysterie ist eine leicht wechselnde, krankhafte Reaktion der das Individuum konstituierenden Zelle." — Man könnte ihm einwerfen, das sei nur ein Symptom einer Nervenkrankheit, allein der Autor erklärt, bevor er zu seiner Definition gelangt, daß das Nervensystem bei Hysterie nicht erkrankt sein könne. Das beweist ihm die Unabhängigkeit der erkrankten Gebiete von den anatomischen Nervenbahnen.

Difficile est, satiram non scribere. Sollte Kronthal wohl die Hirnrinde genügend in den Bereich seiner Beobachtungen gezogen haben?

Zu der Ansicht, die im nachfolgenden verfochten werden soll, daß es eine selbständige Krankheit „die Hysterie" überhaupt nicht gibt, hat bis jetzt aller Zweifel noch nicht geführt. Am nächsten scheint Hoche[109]) derselben zu stehen, wenn er sagt: „Was man als hysterischen Charakter bezeichnet, braucht bei sonst schweren hysterischen Symptomen oder Symptomenkombinationen absolut nicht vorhanden zu sein oder zu kommen; wer die These aufstellen würde, daß der hysterische Charakter gar nichts mit Hysterie zu tun hat, sondern ein Zeichen der Entartung darstellt, daß es überhaupt ein Krankheitsbild Hysterie nicht gibt, sondern nur eine besondere Form psychischer Disposition, die man als hysterisch bezeichnet, wäre gar nicht zu widerlegen."

IV. Analyse des Hysteriebegriffs.

Die Behauptung, deren Beweis im nachfolgenden versucht werden soll, mag zum Anfang gesetzt werden:

Eine selbständige, einige und unteilbare Krankheit „die Hysterie“ gibt es nicht, es gibt nur einen „hysterischen Symptomenkomplex“, auch genannt die „hysterischen Stigmata“. Diese Symptome sind Ermüdungs- und Erschöpfungszeichen, ihr Vorkommen bei den verschiedensten somatischen und psychischen Affektionen ist leicht erklärlich, um nicht zu sagen selbstverständlich. Nichts ist natürlicher, als daß sich ein Schwächezustand auf körperlichem oder geistigem Gebiete durch Erschöpfungssymptome manifestiert: sie sind gewissermaßen das Exanthem der Schwäche. Mithin ist das, was wir Hysterie nennen, eine aus den verschiedensten pathologischen Gebieten künstlich zusammengelesene Gruppe von Krankheitstypen, die nichts miteinander gemeinsam haben als eben jene Stigmata.

Wer aus der ganzen Pathologie dasjenige heraussucht, was hysterische Zeichen, also Erschöpfungssymptome, trägt, und es unter einer besonderen Fahne sammelt, der handelt genau so, als wenn weiland Franz Xaver Schwediaur[116]) in seinem „Novum medicinae rationalis systema“ eine Krankheitsgruppe, die Notalgie oder den Dolor dorsi, aufstellt und zu dieser alles das hinzurechnet, was sich durch Rückenschmerzen bemerkbar macht: Die Fraktur und die Luxation der Wirbelsäule, die Karies der Wirbelkörper, das Rheuma, die Lues und sonstige Entzündungen, die Skrophulose, die Colica pictorum und endlich das Malum hystericum, auch genannt die Hyperkinesia generalis.

Als Rhachialgie und später als Spinalirritation hat jener uns heute beinah komisch anmutende Begriff eine große Rolle in der Pathologie gespielt.

Der Einwand liegt nahe, daß nicht alle Hysterischen die Stigmata zeigen. Selbst von französischer Seite wird neuer-

dings vor Überschätzung dieser Zeichen gewarnt (Babinski[117]). Der oben aufgestellte Satz gilt darum ohne jede Einschränkung: Läßt man die Stigmata als die Kriterien der Hysterie fallen, so fällt der ganze Hysteriebegriff vollkommen auseinander.

Ob diese Ansicht in der Schärfe wie hier bereits ausgesprochen ist, vermag ich aus der Literatur, trotzdem ich mich nach Möglichkeit darin umgesehen habe, nicht zu entnehmen; daß einige Autoren ihr unmittelbar nahestehen, geht aus dem vorigen Kapitel zur Genüge hervor.

Was ich sagen will, dürfte verständlicher werden, wenn es mir erlaubt ist, den Weg, der mich zu meiner Anschauung geführt hat, mit einigen wenigen Merkzeichen abzustecken.

Während einer dreizehnjährigen Tätigkeit (von 1895 bis 1907) in einer Wasserheilanstalt, die man auch eine offene Nervenheilanstalt nennen könnte, habe ich, unter einer Gesamtzahl von 3030 Patienten, 1934 Nervenkranke behandelt[118]).

Ein solches Material verlangt — falls nicht die Wissenschaft ganz und gar der Routine das Feld räumen soll — eine genaue Sichtung.

Daß man die organischen Erkrankungen von den funktionellen zu trennen hat, ist selbstverständlich, daß den Psychosen, die sich mit in die Anstalt verirren, ein eigenes Fach gebührt, daß endlich alle Zustände, bei denen das Nervenleiden nur den Widerschein eines im Verborgenen schleichenden körperlichen Übels darstellt, ebenfalls besonders rubriziert werden müssen, braucht nicht weiter hervorgehoben zu werden.

Nun bleibt, wie das der Charakter einer Heilanstalt mit sich bringt, die den Zufluchtsort der verschiedensten chronisch Kranken bildet, naturgemäß eine unverhältnismäßig große Zahl von rein funktionellen Nervenleiden übrig. Mag man noch so scharf sichten und immer wieder den Standpunkt, daß jene Diagnose nur per exclusionem gestellt werden darf, vertreten: es bleibt eine fast unübersehbare Menge zurück, bei der der anatomische Gedanke nicht zur Geltung gebracht werden kann.

Genau entsprechend den von Charcot und seiner Schule vertretenen Ansichten haben wir so scharf wie möglich zwischen

Neurasthenikern und Hysterischen zu trennen versucht. Die Prüfung auf Stigmata hysterica ist in keinem Falle unterblieben. Was war die Folge? Es gab eine grenzenlose Verwirrung. Fast die Hälfte aller Neurastheniker, und wenn sie dem Schema noch so sehr entsprachen, war als hysterisch zu bezeichnen. Wenn wir im speziellen eine Prüfung der Hautsensibilität vornahmen, dabei nicht allein die totale, hemilaterale oder segmentäre Anästhesie berücksichtigten, sondern auch auf Hyperästhesien, insbesondere aber faradische Differenzen fahndeten, so blieb für die echte Dauerermüdung nur wenig über, und das Hystero-Neurasthenie überschriebene Fach wurde zum allumfassenden Sammelschranke.

Daß wir auf diese Weise nicht zum Ziele gelangten, war augenfällig. Wir haben Jahre hindurch die sensibelen Störungen bei der Diagnose nicht mehr berücksichtigt. Jedoch statt dadurch die Zweifel zu lösen, gerieten wir nur noch mehr in Konflikte. Daß zwischen den halbseitigen Gefühlsdifferenzen der Haut und der echten konvulsivischen Hysterie Berührungspunkte vorhanden waren, ließ sich gar nicht bestreiten; so oft wir versuchten, von den Charcotschen Lehren abzuweichen, wurden wir bald eines besseren belehrt.

Fanden sich bei einer Weibsperson ausgesprochene halbseitig abgegrenzte Unterschiede der Hautempfindlichkeit gegen Streichen, Nadelstiche oder gegen den faradischen Strom, so ließ sich das Eintreten der echten Paroxysmen mit der positivsten Sicherheit vorhersagen. Ich glaube, jeder meiner Herren Assistenten wird sich solcher Fälle entsinnen, wo wir schon bei der ersten Untersuchung einer Patientin die typische Attacke prophezeien konnten — wohlgemerkt, ohne daß die Kranke etwas davon ahnte! —, und mit welcher Regelmäßigkeit diese Damen alsdann ihren Anfall zelebrierten.

Allein das waren doch verhältnismäßig nur sehr wenig Fälle, die sich von dem großen Ganzen absondern ließen. Irgendwelche Klarheit wurde durch diese Operation nicht geschaffen.

Vor allem wurde die Übersicht über unser Material dadurch ganz illusorisch, weil offensichtlich alles, was wir als funktionelle Leiden ansprachen, teils aus angeborenen, teils aus erworbenen Zuständen bestand.

Wenn wir auch noch so scharf zwischen den Hauptgruppen Neurasthenie, Hysterie und Hystero-Neurasthenie schieden: immer zerfiel jede Kategorie wieder in zwei Unterabteilungen, je nachdem das Leiden als angeborenes resp. ererbtes oder als erworbenes anzusehen war. Ohne weiteres ließ sich erkennen, daß sich in jeder der drei Gruppen Psychopathen, Minderwertige, Imbezille, überhaupt Defektmenschen, also angeborene Schwächezustände, befanden, die mit den übrigen, nämlich den im späteren Leben erworbenen Leiden gar keine Analogien zeigten.

Hier bot sich uns ein Riß für den Keil, um den großen Block des Funktionellen zu spalten. Mit einem einzigen Hiebe ließ sich der angeborene Schwachsinn von der erworbenen Nervenschwäche trennen.

Aber auch jetzt war das erstrebte Ziel einer scharfen Katalogisierung bei weitem nicht erreicht.

Hatten wir dem angeborenen bezw. früh erworbenen Schwachsinne ein gutes Teil solcher Patienten zusprechen müssen, die wegen ihrer hervorstechendsten Symptome zunächst der Neurasthenie oder auch der Hysterie zuerteilt waren, so verlangte jetzt eine andere Gruppe, die Demenz des höheren Lebensalters, ihr Recht. Sowohl die massenweisen subjektiven Beschwerden wie die nosophobischen Ideen und endlich das ganze Heer der Schwächesymptome sind der präsenilen, der senilen, der arteriosklerotischen und auch der syphilitischen Demenz mit der echten erworbenen Dauerermüdung gemeinsam. Hier ist das Tertium comparationis allein die reizbare Schwäche, aber bei der erstgenannten Reihe ist diese Schwäche Symptom, bei der zweiten ist sie das Wesen der Krankheit. Also ist die erste Gruppe abzutrennen.

Der Ausweg ist hier nicht schwer zu finden, wenn man im Auge behält, daß Beard, der Erfinder des Wortes Neurasthenie, damit eine typische, erworbene Schwäche

des Nervensystems treffen und fixieren will. Also Beards desease sensu strictiori hat weder mit angeborenem noch mit erworbenem Schwachsinn, weder mit Alkohol-, Blei- noch sonstigen Intoxikationsvorgängen irgend etwas zu tun.

Nur da, wo eine krankhafte Ermüdung und Erschöpfung der Nerven bei einem vorher gesunden Individuum auftritt, haben wir das, was Beard Neurasthenie genannt hat.

Unser Amerikaner hat sich aber verleiten lassen — das ist oben bereits einmal hervorgehoben —, die Grenzen seiner angeblich neu entdeckten Krankheit viel zu weit zu ziehen. So hat er auch die Zwangsvorstellungen mit in die Neurasthenie hineingetragen und damit auch die ganze Schar der Phobien mobil gemacht. Beides gehört nicht zu den erworbenen Defekten, sondern zu den ererbten: diese Stigmata hereditatis müssen abgetrennt werden.

Nun ist ganz klar, daß ein vorher gesundes Individuum seine Nervenenergie nicht allein im Kampfe ums tägliche Brot, in den Mühen des Lebens und durch Sorgen und Kummer einbüßen kann, sondern durch eine ganze Anzahl sonstiger — um mit Möbius zu reden — exogener Faktoren: erschöpfende Krankheiten, unzweckmäßige Lebensweise — hier spielen die Alkohol-, Nikotin- und auch sonstige Intoxikationen mit hinein —, schwere Operationen, Traumen und manches andere. Alles das rechne ich mit zur Neurasthenie. Wenn also ein Mensch eine schwere Influenza durchgemacht hat und danach an allgemeiner Erschöpfung leidet, so nenne ich das Nervenschwäche, wird dagegen ein Phthisiker infolge seines Grundleidens reizbar und nervös, so ist und bleibt er stets ein Phthisiker, aber selbst wenn er noch so unausstehlich wird, halte ich es für einen Denkfehler, zu sagen: Dieser Phthisiker wird zum Neurastheniker oder bei diesem Kranken finden sich zwei Übel, erstens die Phthise und zweitens die Neurasthenie.

Soviel zur Erklärung der Gesichtspunkte, nach welchen ich bei der Sichtung meines Materials verfahren bin.

Gingen wir genau und unbeirrt diesen Zeichen nach, so ließen sich 1302 Patienten (724 männliche und 578 weibliche)

abtrennen, welche eine rein funktionelle Neurose durch exogene Schädigungen erworben hatten.

Diese nach ihrer Zugehörigkeit zu einer der beiden allein in Betracht kommenden Kategorien, Neurasthenie und Hysterie, an der Hand der Charcotschen Stigmata zu trennen, war, wie oben bereits angedeutet, unmöglich; legten wir dagegen einen etwas schärferen Maßstab an und sonderten nur das als hysterisch aus, was an Paroxysmen, Paresen, Kontrakturen oder ganzklassisch angeordneten, unverkennbaren sensibelen Störungen litt, so waren 187 Patienten (20 männliche, 167 weibliche) als hysterisch zu bezeichnen.

Bei 59 von diesen sind Attacken beobachtet worden und zwar bei 7 Männern und bei 52 Weibern[119]).

Lasse ich jetzt diese ganze Schar von mehr als tausend Fällen an meinem geistigen Auge vorüberziehen — und man bedenke, daß ich mit diesen Kranken gelebt, mit ihnen in einem Hause gewohnt, mit ihnen verkehrt und all' ihr Weh und Ach von Grund aus studiert habe —, so muß ich mir sagen, daß ein prinzipieller Unterschied zwischen den Krankheitsgruppen Neurasthenie und Hysterie nicht existiert. Es ist auf Schritt und Tritt ersichtlich, daß die letztere Krankheit nur den höheren Grad der ersteren darstellt. Der Gedanke drängt sich mit unwiderstehlicher Gewalt auf, sobald man, so wie es eben beschrieben ist, den Schwachsinn von der erworbenen Dauerermüdung trennt, also die endogenen von den exogenen nervösen Schwächezuständen. Man werfe mir nicht ein, diese Trennung sei eine künstliche; denn wenn ich auch unumwunden zugebe, daß fließende Übergänge in Menge vorhanden sind, so bleibt doch die Gesamtgruppe stets ein großes, unteilbares Ganzes, und sicher ist damit ein bescheidener Schritt vorwärts getan, uns aus der Verwirrung heraus zu führen.

Die Gruppierung erscheint jetzt auf einmal ganz übersichtlich. Wir hatten alle Psychosen und alle organischen Erkrankungen abgesondert, und die beiden großen Neurosen, Hysterie und Neurasthenie, blieben zurück; jetzt folgt die weitere Ordnung nicht durch die Stigmata hysterica, sondern

durch die Stigmata degenerationis: und siehe da, die Hysterie ist verschwunden!

Es ergibt sich aus dieser einfachen Überlegung mit unerbittlicher Logik, daß ein großer Teil der Hysterie zur Entartung gehört und ein zweiter, nicht minder beträchtlicher zu der erworbenen Nervenerschöpfung. Was überbleibt, katalogisiert sich von selbst.

Um es kurz zusammenzufassen: Alles, was heutzutage unter der Flagge Hysterie marschiert, läßt sich ohne jeden, auch nur den geringsten Zwang in eine der längst bekannten und wohl abgegrenzten Krankheitsfamilien einreihen. Die Freischar, die jenes Feldzeichen führt, löst sich in ihre einzelnen Glieder: als selbständige Heeressäule hat sie keine Berechtigung.

Ich habe diesen Gedanken bei Gelegenheit einer kleinen Studie über die Beurteilung der Unfallneurosen[120]) bereits einmal ausgesprochen (1906). Leider ist mir bisher kaum ein einziges Urteil pro oder contra zu Gesicht gekommen. Das ist schwerer zu ertragen als die härteste Kritik.

Meine Worte sind ungehört verhallt, aber ich kann unmöglich glauben, daß sich unter all' den Forschern, die das Problem der Hysterie beschäftigt, und die so scharf und so eifrig darüber nachgedacht haben, kein einziger fände, um diese Idee, die doch nur die allernächste, unabweisbare Konsequenz alles dessen darstellt, was in den verschiedenen, bunt durcheinander fluktuierenden Meinungen, stets und ständig hervortaucht, in den Bereich seiner Spekulation zu ziehen.

Wie die Denker nach Klarheit ringen, wie sich überall das Drängen und Sehnen nach einem freien Ausblick kundgibt, haben wir gesehen. Ich glaube, hier einen Fingerzeig geben zu können, und kann es mir nicht versagen, an dieser Stelle meine Worte von damals zu wiederholen:

Der Streit um die Stellung der traumatischen Nervenleiden wird nicht eher zum Stillstande kommen, als bis man sich entschließt, die verschiedenen Formen des nervösen Erschöpfungszustandes, die man durch die trübe Brille doktrinärer Anschauung immer noch in einer künstlichen Drei-

teilung: **Neurasthenie, Hysterie und Hystero-Neurasthenie erblickt, als ein einiges und unteilbares Ganzes zu betrachten. Der Standpunkt, daß Neurasthenie und Hysterie zwei grundverschiedene Krankheiten sind, die nichts miteinander zu tun haben (Möbius) und nur durch Misch- und Zwischenformen verbunden sind (Charcot), muß heutzutage als unhaltbar aufgegeben werden.**

So als Aphorismus ausgesprochen, mag die Ansicht wenig Beifall finden; sie bedarf auch, um als existenzberechtigt zu erscheinen, zu sehr des stringenten Beweises, der in dem angezogenen kleinen Aufsatze schon des beschränkten Raumes wegen nicht ausführlich gegeben werden konnte. Er soll deshalb hier nachgeholt werden.

Wenn wir daran gehen, den am Anfange dieses Kapitels behaupteten Satz zu beweisen, so muß zunächst zugegeben werden, daß der Begriff der Hysterie darin zu eng begrenzt ist. Wenn wir unter Hysterie nichts weiter verständen als das, was die Stigmata trägt, so wäre es ein leichtes, diese bunte Schar in alle Winde zu zerstreuen. Wir wissen aber längst, daß die Träger des hysterischen Charakters jene Brandmale zum großen Teile nicht führen. Sondern wir also die Stigmatisierten allein heraus, so entwischen uns alle diejenigen, die der ärztliche Sprachgebrauch wie auch derjenige des gewöhnlichen Lebens in erster Linie als Hysterische bezeichnet. Es muß demgemäß noch ein weiteres, umfassenderes Band geben als die Charcotschen Zeichen, das die ganze Kategorie umspannt.

Wir brauchen nicht lange danach zu suchen: Es ist die Heredität.

Wenn bewiesen werden soll, daß ein Begriff als solcher nicht existiert, so muß der Nachweis erbracht werden, daß seine einzelnen Bestandteile keinerlei gemeinsames Merkmal besitzen. Auf den praktischen Fall angewendet, lautet also der erste Obersatz unseres Beweises:

Weder die gleichartige noch die ungleichartige Vererbung kann als die Ursache der Hysterie angesprochen werden, denn auch ganz gesunde

Menschen, bei denen die Heredität nachweislich gar keine Rolle spielt, können jene Krankheit erwerben. Trennen wir nun das ganze Krankheitsbild in die ererbte und die erworbene Hysterie, so hat dieses Experimentum in corpore vili eine eigenartige Wirkung. So als wenn wir einen Lumbricus zerschneiden, sind beide Enden des Wurms als Sonderindividuen lebensfähig, auf der einen Seite erscheint der Schwachsinn in seinem weitesten Umfange, auf der anderen die erworbene Erschöpfung.

Es würde ermüden, wollte man hier noch einmal anführen, wie sehr das Prinzip der Erblichkeit selbst vor Charcots Auge ins Schwanken gerät. Der eben angeführte Satz ergibt sich unschwer aus der Kritik der Lehren der Salpêtrière.

Man mag dem Begriffe der Erblichkeit eine Ausdehnung geben, welche man will, niemals wird er alles das decken, was die medizinische Wissenschaft als hysterisch bezeichnet.

Vererbt wird nur die psychopathische Minderwertigkeit, niemals die Hysterie als solche.

Wir kommen zu dem zweiten Obersatze unseres Beweises: Die hysterischen Stigmata sind nicht ausschlaggebend für eine bestimmte Krankheit, sie sind nichts weiter als Erschöpfungssymptome und finden sich bei vielen verschiedenen Übeln.

Auch hier können wir uns kurz fassen, denn der Nachweis dafür ist zum größten Teile längst erbracht und zwar von der französischen Schule selbst.

Pierre Janet[121]) hat in verschiedenen Hospitälern und vorwiegend auf der Abteilung Charcots in der Salpêtrière Studien angestellt, die für unser Verständnis der mechanischen Vorgänge, die den hysterischen Erscheinungen zugrunde liegen, bahnbrechend geworden sind. Die Resultate hat er in einem kleinen Buche zusammengestellt, betitelt: Der Geisteszustand der Hysterischen oder die psychischen Stigmata.

Die Experimente, auf denen diese Erfahrungen basieren, sind an 121 Hysterischen vorgenommen.

Pierre Janet beginnt mit der Untersuchung der Anästhesie, die wie er sagt, „keine den Psychologen überhaupt bekannte Empfindungsform verschont und als vollkommen charakteristisch für die Diagnose Hysterie betrachtet werden muß“.

Die psychologische Erscheinung, die dabei die wichtigste Rolle spielt und deren Studium die ganze Frage aufklärt, ist: die Aufmerksamkeit. Die hysterische Anästhesie ist eine bestimmte Form des Zerstreutseins.

Damit sind wir einen großen Schritt weiter. Ist hysterische Empfindungslosigkeit äqual Zerstreutheit, so kann sie nicht charakteristisch sein für eine bestimmte Krankheit, denn zerstreut ist äqual ermüdet, und Ermüdung ist kein spezifisches Symptom eines scharf abgegrenzten Leidens, sondern ganz im allgemeinen ein Zeichen körperlicher oder geistiger Erschöpfung. Beim Zerstreuten ermüden bestimmte Rindenzentren, während die Nachbarschaft dieser Erschöpfungsinseln ganz normal funktionieren kann.

Man möchte einwenden, der zerstreute Professor, der jeden Regenschirm stehen läßt, ist doch nicht geistig ermüdet, er ist vielleicht sogar ein Heros im Denken und — minima non curat praetor — er ist ganz in seinen großen Problemen befangen: die kleinen Alltagssorgen kümmern ihn nicht.

Trotzdem ist gerade dieses Beispiel charakteristisch: Weil einige Zonen des Professorengehirns übermäßig angespannt sind, können andere um so leichter ermüden.

Pierre Janet geht nun weiter: Aus seinem Prinzipe heraus erklärt er einige besondere Formen der Anästhesie: Die Analgesie, die Organanästhesie, den Verlust der Bewegungsempfindungen und der Tastsphäre sowie endlich die Gesichtsfeldeinengung. Auch diese letztere ist eine Form des Zerstreutseins und gehört zur Anästhesie.

Genau zu denselben Resultaten würde man kommen, wenn man von der Einschränkung des Gesichtsfeldes als Anfangspunkt ausginge und von da weiter zu den Anästhesien. Daß die Ermüdung der peripherischen Netzhautregionen ein ganz ausgesprochenes Erschöpfungszeichen ist, leuchtet ein. Auf die Analogie, welche zwischen diesem Symptome und den

hysterischen Anästhesien besteht, hat Pierre Janet klar und allgemeinverständlich hingewiesen. Seine Beweisführung ist unangreifbar, ebenso wie der Schlußsatz: Die Einengung des Gesichtsfeldes kann als Wahrzeichen des ganzen hysterischen Empfindungslebens betrachtet werden. Aber nun trennen wir uns von ihm und sagen: Jenes Stigma ist nichts weiter als ein Erschöpfungssymptom, und von allen Anästhesien der verschiedenen aufgeführten Kategorien gilt das gleiche. Folglich: Sind dies die Wahrzeichen der Hysterie, so ist Hysterie äqual Erschöpfung.

Wollen wir dem französischen Autor weiter folgen, so gibt es eine Zerstreutheit des Gedächtnisses so gut wie eine Zerstreutheit der Empfindungen, und wir sind angelangt bei der hysterischen Amnesie. Es gibt eine Einengung des Geistes für die Handlungen ganz so wie für die Empfindungen, und die Abulie ist da, und endlich: die Folgezustände der Amnesie und Anästhesie sind die verschiedensten Bewegungsstörungen: wir stehen vor den hysterischen Lähmungen.

Die psychologischen Spekulationen, durch welche Pierre Janet zu seinen Resultaten gelangt, lassen sich an dieser Stelle weder verfolgen, noch auch im gröbsten skizzieren. Für das, was hier bewiesen werden soll, genügt es, zu zeigen, wie leicht sich das Gros der hysterischen Stigmata als Symptome der Ermüdung und Erschöpfung deuten läßt.

Nun fehlt aber noch eins. Soll die zu verfechtende Auffassung der Hysterie als eines uncharakteristischen Symptomenkomplexes von Erschöpfungszeichen haltbar sein, so dürfen wir dem Paroxysmus nicht aus dem Wege gehen. Malum hystericum praecipue convulsivum, sagt Joan Fernel[14]). Es wäre ein Preisgeben jeglicher Tradition, wollten wir hier Halt machen.

Für Pierre Janet ist der hysterische Anfall naturgemäß kein Stigma, sondern nur ein Akzidens. Er ist nichts Wesentliches und nicht bestimmend für die Krankheit. Uns berührt diese Auffassung nicht. Wir fahren in unserer Beweisführung fort:

So wie einwandsfrei bewiesen ist, daß die eben betrachteten hysterischen Symptome nichts sind als Zeichen der Schwäche, so ist auch der hysterische Paroxysmus ein Erschöpfungssymptom.

Das nachfolgende Beispiel mag zeigen, wie das zu verstehen ist: In einem unvorsichtig geheizten Dampfkessel steigt der Druck allmählich höher und höher, bis endlich der Zeiger des Manometers auf den roten Strich deutet, der die höchste zulässige Spannung angibt. In diesem Augenblicke erfolgt eine Explosion — d. h. es platzt nicht etwa der Kessel, sondern das Sicherheitsventil wird gesprengt, und der eingepreßte Dampf entweicht mit betäubendem Getöse durch die lang gesuchte Öffnung.

Genau so wirken die angehäuften Unlustgefühle im Seelenleben eines Menschen; sie werden zu Spannkräften, die schließlich jede Hemmung durchbrechen und sich in furibunder Expansion Luft machen.

Wie man — um im Bilde zu bleiben — das Sicherheitsventil am Kessel belasten kann, damit der Dampf nicht bei erster Gelegenheit auszischt, so hat der normale Mensch in der Selbstzucht, der guten Erziehung, oder sagen wir kurzweg in der persönlichen Energie, das Mittel, welches trotz des inneren Dranges den Überdruck zurückhält.

Das weibliche Geschlecht, durch Anlage, mangelnde Widerstandsfähigkeit und alle die übrigen in jahrtausendelanger Sklaverei erworbenen Eigenschaften den Unbilden des Lebens gegenüber weit schlechter gerüstet, verliert auch dementsprechend häufiger die Kraft, die gespannten Unlustgefühle zu dämpfen: das Sicherheitsventil fliegt auf, die elementaren Kräfte entweichen: schreiend, zuckend, strampelnd liegt die Kranke am Boden: der hysterische Paroxysmus ist da.

Das ist die Mechanik beim ersten Anfalle, den ein Mensch erlebt; der zweite ist schon weit leichter hervorzurufen: das Ventil schließt nicht mehr fest, und sind erst eine Reihe von Attacken dagewesen, so funktioniert der Verschluß dauernd unsicher.

Die Entladung der Unlustgefühle erleichtert den Kranken: as ist der Grund zur häufigen Wiederkehr der Anfälle weit

mehr als die Sensationslüsternheit, die man den Hysterizis von jeher zugeschoben hat.

Der hysterische Paroxysmus ist ein Erschöpfungssymptom! Man mache sich die kleine Mühe und prüfe experimenti causa diesen Satz bei einer Anzahl solcher Fälle, die an diesen Attacken leiden.

Daß der Anfall nicht charakteristisch ist für das Malum hystericum, wissen wir bereits, niemand bestreitet es mehr, aber wir sehen jetzt auch, daß diejenigen Kranken, welche an diesen Insulten leiden, im übrigen zuweilen gar nichts Gemeinsames untereinander haben.

Justine und Genofeva, die Patientinnen der Charcotschen Abteilung, leiden an fortwährenden gehäuften Anfällen. Demgegenüber wissen wir, daß auch einmal eine im übrigen ganz gesunde Frau eine einmalige solche Krisis erleben kann: sie bricht herein wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Diese Tapfere hat ihre Unlustgefühle bekämpft, sie hat sie vor ihrer Umgebung verheimlicht, niemand hat sie geahnt: da endlich geht es nicht mehr länger, die Energie versagt, mit rücksichtsloser Gewalt bricht der Krampf hervor. Und doch kehrt der Anfall vielleicht nie wieder. Warum nicht? Aus dem einfachen Grunde, weil ein solcher Vorgang nicht etwa das Symptom einer besonderen Krankheit ist, die nach bestimmten Gesetzen verläuft, sondern weil er ein Erschöpfungszeichen bildet: die Expansion einer inneren Überlastung.

Die schlimmsten hysterischen Attacken, welche ich gesehen habe, habe ich nicht in der Anstalt, sondern draußen in der Praxis bei sonst völlig gesunden Weibern erlebt.

Es gibt eine ganze Reihe den Autoren unerklärlich und wunderbar erscheinender Eigenheiten des hysterischen Insults, die sich aus diesem Gesichtswinkel heraus betrachtet zwanglos erklären.

„Haec autem de repente, cum sana est contingunt“, heißt es bei Hippokrates[122]). Eine vollkommen exakte, im täglichen Leben oft genug zu machende Beobachtung.

„Die echte Hysterie“, meint Bosquillon[123]), der Kommentator Cullens, „findet sich nur bei sanguinischen robusten Weibern.“

Der Satz bedarf der Einschränkung, aber es ist sicher auffällig, wie oft das zusammentrifft.

Die Erklärung bietet keine Schwierigkeiten: Auch in einem starken, robusten Körper können die Nerven ermüden. Man denke an die giants in Dr. Beards Sprechzimmer. Ein großes, starkes Weib vermag die Spannkraft im Inneren länger zu dämpfen als ein schwaches, weinerliches Persönchen: kommt es zum Ausbruch, so ist das Gewitter dann auch um so schwerer.

Die Reihe ließe sich bis ins Ungemessene verlängern. Ich sehe davon ab, denn ich weiß nicht, ob die hier gegebene Auffassung des hysterischen Insults als Zeichen der Erschöpfung etwas Neues ist. Der Gedanke daran liegt so nahe, daß er vielleicht schon anderswo ventiliert sein möchte.

Nur eins muß noch hinzugefügt werden.

Es ist längst bekannt, daß anhaltende hysterische Attacken eine nachteilige Wirkung auf die Psyche haben. Die Mehrzahl der Hysterischen erleidet, wie schon Briquet feststellt, nach gehäuften Anfällen Störungen im Gebiete der geistigen Tätigkeit.

Pierre Janet[124]), dem ich diese Angabe entnehme, fügt hinzu: „Der Verstand ist nicht nur nach gehäuften Anfällen, sondern auch bald nach dem Beginne der Erkrankung bei den Kranken wesentlich geschwächt. Doch ist diese Verminderung wohlverstanden nur eine relative und kann nur von jenen Personen richtig beurteilt werden, die den Kranken bereits vorher genau kannten.“

Wüßte man nicht, daß beide Forscher ihre Experimente an mehr oder minder dementen Personen gemacht haben, so würde jene Beobachtung zu denken geben. Insbesondere ist die Ähnlichkeit mit der Epilepsie auffallend. Wir alle wissen, wie die echten epileptischen Insulte einen nach jeder Richtung vollkommen intakten Menschen allmählich zum traurigen Krüppel herunterbringen.

Die Erklärung liegt nahe: Pierre Janets Kranke sind schwachsinnige Individuen, die allmählich verblöden. Nicht die Attacken beschleunigen den Prozeß, sondern die Demenz geht unbeirrt ihren Weg vorwärts. Die

Zunahme der Krämpfe ist nur der Gradmesser, wie schnell das Niveau des Verstandes sinkt: je schwächer der Kranke wird, um so mehr häufen sich die Schwächesymptome. — —

Wer den vorstehenden Ausführungen bis hierher gefolgt ist, wird nicht übersehen haben, daß die hysterische Lähmung, dieses nächst den verschiedenen Modifikationen der Sensibilität hervorragendste Stigma der interparoxysmalen Hysterie, nur sehr stiefmütterlich behandelt ist.

Das Kapitel von den Bewegungsstörungen ist bei Pierre Janet schwer verständlich. Als ungeschulter Denker vermag ich ihm nicht auf allen Windungen seines Ideenganges zu folgen. Verstehe ich ihn recht, so setzt er bei jeder hysterischen Lähmung eine Anästhesie voraus.

Charcot, bei weitem klarer und leichter zu fassen in seinen Gedanken als jener, sagt einmal: „Sieht man etwas genauer zu, so erkennt man fast immer, daß auf der Seite der Kontraktur eine mehr oder weniger ausgesprochene Anästhesie, Ovarie und ein gewisser Grad von Parese besteht, Zustände, die an sich relativ gutartig, doch dem Auftreten der Kontraktur vorhergegangen sind.“

Gilles de la Tourette setzt zu diesen Worten des Meisters hinzu:

„Es ist das eins der konstantesten Gesetze in der Entwicklung der Hysterie, daß die Stigmata, welche in allgemeinen Störungen der Sensibilität bestehen, sich im Gebiete der später von der Kontraktur befallenen Muskeln zeigen.“

Das soll doch wohl so viel heißen wie: Nur ein unempfindliches Gebiet kann der Schauplatz einer Kontraktur werden?

Es wäre überflüssig, sich hier noch in weitere Spekulationen darüber einzulassen, wie die fraglichen Stellen der Autoren aufzufassen sind. Es genügt vollkommen, zu zeigen, daß zwischen der hysterischen Lähmung — worunter ich hier die Parese und die Kontraktur zusammenfasse — und der Sensibilitätsstörung ein Kausalnexus erfordert wird.

Damit sind wir abermals an einem Wendepunkte angelangt, an welchem wir von der Meinung der Franzosen ganz und gar abweichen müssen.

Bisher konnten wir Pierre Janets Ideengange zur Erkenntnis der hysterischen Phänomene folgen, wenn wir uns schließlich auch bei jedem einzelnen gesagt haben, daß es nicht für eine bestimmte Diagnose gültig ist. Die Gesichtsfeldeinengung ist ein Ermüdungssymptom. Nach Analogie dieser Erscheinung erklärt sich unschwer die Anästhesie, die Abulie und vieles andere. Aber sogleich trennen sich unsere Wege, wenn das Thema der hysterischen Bewegungsstörungen beginnt.

Mag jemand eine Netzhautermüdung, eine segmentäre Anästhesie oder — wenn man über Pierre Janets Reich hinausgehen darf — einen Paroxysmus erleiden: immer ist und bleibt das Phänomen nur ein Symptom der zugrunde liegenden Schwäche. Das ändert sich sofort, sobald wir eine hysterische Lähmung beobachten: Ist dazu eine Anästhesie als causa adjuvans erforderlich, so könnte nur jemand eine solche Störung bekommen, der in seinem Nervensysteme geschwächt ist. Das ist nicht der Fall. Die Erfahrung des täglichen Lebens führt uns auf Schritt und Tritt ad absurdum.

Jedes ganz gesunde Individuum kann auf rein mechanischem Wege einen solchen motorischen Ausfall erleiden: hier hat die Bezeichnung hysterisch auch nicht einmal eine historische Berechtigung.

Wenn es erlaubt ist, meine Ansicht durch ein praktisches Beispiel zu erläutern, so mag folgendes Erlebnis hier Platz finden:

Charcot[125]) stellt einmal in einer klinischen Vorlesung einen 34jährigen Schmied vor, der eine Verbrennung am linken Vorderarme erlitten hatte. Die kleine Brandwunde war langsam geheilt, sechs Wochen waren darüber vergangen. Der Kranke hatte das Ereignis nicht besonders schwer empfunden, und trotzdem bildete sich im Laufe von sieben Wochen eine vollkommen starre spastische Lähmung der Hand und des Armes heraus. Diese allmähliche Entwicklung einer hysterischen Kontraktur aus traumatischer Ursache erklärt Charcot für sehr merkwürdig und geradezu für eine Ausnahme. Später hat ihn seine wachsende Erfahrung in

diesem Punkte eines Besseren belehrt. „Die motorische hysterotraumatische Lähmung", heißt es in einer Dienstagsvorlesung, „zeigt sich in der Regel nicht sofort nach dem Trauma, vielmehr gibt es vor ihrem Auftreten eine Art Inkubationszeit, eine Zeit der Ausarbeitung." [126])

Das war also auch hier der Fall gewesen.

Trotzdem sich nun weder in der persönlichen noch in der Familiengeschichte des Kranken irgend etwas findet, was auf neuropathische Belastung hindeutet, trotzdem der Kranke nie Anfälle gehabt hat und keine erwähnenswerte psychische Veränderung bietet, auch von hysterogenen Zonen jede Spur fehlt: trotzdem zieht Charcot den Schluß, daß alle Erscheinungen, die sich bei dem Patienten finden, der Hysterie und nur der Hysterie angehören!

Der Verlauf gibt ihm recht: Der Kranke wird, wenn auch erst nach längerer Zeit, als geheilt wieder vorgestellt.

Dieser Patient, dessen Geschichte ich sehr genau studiert habe, ist für mich von tragischer, aber — wie ich hoffe — auch von heilsamer Bedeutung gewesen. Ich habe nämlich einen fast genau gleichen Fall beobachtet und dabei erlebt, daß der Kranke wegen Simulation zu einem Jahre Gefängnis verurteilt und vom Fleck weg verhaftet wurde.

Diesem Erlebnisse habe ich eine kritische Sichtung meiner Anschauungen über das Wesen der Hysterie zu danken. Bis mir jenes Malheur vor Gericht passierte, habe ich felsenfest an Charcots Lehren geglaubt: heute weiß ich, daß sie vor einer richtigen Kritik nicht bestehen können.

Die Beschreibung meines Falles möchte beinah überflüssig erscheinen, so genau gleicht sie der von Charcot gegebenen Krankengeschichte, nur war mein Patient kein Schmied von 34, sondern ein Malermeister von 36 Jahren, und er hatte keine Brandwunde des linken, sondern eine Quetschwunde des rechten Vorderarmes erlitten. — Die Wunde selbst war unbedeutend gewesen, der Mann hatte dies Ereignis nicht besonders schwer empfunden, und trotzdem bildete sich im Verlaufe von etwa sechs Wochen eine vollkommen starre, spastische Lähmung des Armes und der

Hand heraus. Ich würde den Verleger meines Buches bitten, eine Abbildung der gelähmten Hand beizufügen, aber es ist wirklich überflüssig. Paul Richer hat diese Hand gezeichnet und Charcot[127]) hat die Zeichnung veröffentlicht. In der Vorlesung, welche über die Krankheit jenes Schmiedes handelt, wird als Parallelfall ein junges Mädchen mit demselben Leiden vorgeführt. Die Abbildung ihrer Hand entspricht so vollkommen derjenigen unseres Malermeisters, daß wir nur dieses Bild zu kopieren brauchten.

Ich fahre in meiner Erzählung fort: Der behandelnde Arzt, der die Entstehung der Kontraktur beobachtete und sah, daß kein Mittel dagegen half, schickte den Kranken zu mir in die Anstalt. Hier stellten wir folgendes fest: Der rechte Arm wurde im Ellenbogengelenke rechtwinklig gebeugt gehalten, an der Beugeseite desselben fand sich eine kleine, rote Narbe. Die Hand war im Handgelenke leicht überstreckt, die Finger standen in den Grundgelenken fast rechtwinklig gebeugt, alle anderen Fingergelenke waren steif gestreckt. Der Daumen lag in Streckstellung am Zeigefinger dicht an, so daß die Hand wie die „Hand des Geburtshelfers“ aussah. Wurde der Arm aus dem Tragetuche herausgenommen, so beharrte er in seiner Beugestellung und begann nach wenigen Minuten intensiv zu zittern. Diese Zitterbewegung setzte zuerst in den Muskelbäuchen der Strecker in der Nähe des Ellenbogengelenkes ein und verbreitete sich allmählich auf den ganzen Unterarm. Der Kranke griff regelmäßig in diesem Augenblicke mit der gesunden Hand zu, um die kranke zu stützen. Die Muskulatur zeigte keine erhebliche Abmagerung. Das Ellenbogengelenk war wenig, das Handgelenk gar nicht beweglich. Die Empfindlichkeit der Haut war am rechten Unterarme herabgesetzt, selbst tiefe Nadelstiche wurden hier nicht gefühlt. Die Zone der gewöhnlichen Hautempfindlichkeit begann am Oberarme und grenzte sich gegen die unempfindliche Partie in einer Linie ab, welche etwa zwei Querfinger oberhalb des Ellenbogengelenks kreisrund um den Oberarm verlief. — —

Als ich diesen Status aufnahm, kannte ich die „Neuen Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems“ noch nicht, ich würde sonst zur Beschreibung der gelähmten Hand

Charcots[128]) Worte herangezogen haben: „Die ersten Phalangen sind gegen die Mittelhand gebeugt, die anderen zeigen nur einen mäßigen Grad von Flexion. Die so als Ganzes gebeugten Finger sind enge gegeneinandergepreßt und bilden eine Art von Kegel, dessen Spitze den Enden der letzten Phalangen entspricht. Der Daumen ist stark adduziert und gegen den Zeigefinger gedrängt.“

Ich konnte mir damals — eben weil ich die Charcotschen Bücher nicht genügend studiert hatte — keinen rechten Vers auf das, was vorlag, machen. Deshalb gab ich mein Gutachten dahin ab, daß es sich hier um eine spastische Lähmung handle, deren Natur ich nicht feststellen könne, dagegen sei ich überzeugt, daß der Kranke nicht, wie ein anderer Arzt vor mir behauptet hatte, sein ganzes Leiden simuliere.

Der Fall ließ mir keine Ruhe, und als ich die Literatur nach ähnlichen Vorkommnissen durchstöberte, traf ich auf Charcots Beobachtungen.

Nun war es auf einmal klar, wohin unser Patient gehörte: Er war ein Hysterikus, und daß er sonst auch nicht das mindeste, was auch nur im entferntesten an den Begriff Hysterie streifte, aufwies, darüber beruhigte mich die Autorität des großen Klinikers der Salpêtrière.

Es sollte nicht lange dauern, und es wurde mir Gelegenheit gegeben, meine frisch erworbenen Kenntnisse an den Mann zu bringen. Dem Malermeister wurde der Prozeß wegen Betruges gemacht, denn er hatte während seiner Krankheit Unterstützungen bezogen, und man glaubte nun, diese Krankheit sei vorgetäuscht, simuliert.

Vor dem Gerichtshofe vertraten zwei Experten nachdrücklichst die Ansicht, die ganze Sache sei nichts als Schwindel, eine solche Form der Lähmung existiere gar nicht, und den Ausschlag gab es endlich, daß in der Narkose, der man den Patienten zum Zweck der Untersuchung unterworfen hatte, die Starre verschwunden war, um bald nach dem Erwachen wieder einzusetzen.

Auf der anderen Seite stand der behandelnde Arzt und ich. Auch wir hielten mit unserer Meinung nicht zurück, so-

weit uns nicht unsere Befangenheit und der mangelnde Usus in foro behinderte.

Als ich daran kam, sagte ich zu den Richtern: „Sie können diesen Mann unmöglich verurteilen. Ich habe ihn vier Wochen lang beobachtet, ich lege meine Hand ins Feuer, daß er nicht schwindelt.“

„Aber Sie hören doch,“ wurde mir erwidert, „daß es eine solche Krankheit gar nicht gibt.“

„Das entspricht nicht den Tatsachen“, antwortete ich, „in Paris lebte bis vor kurzem“ — es war im Jahre 1897, als ich das sagte — „ein Nervenarzt, der berühmteste, den es jemals gegeben hat in der ganzen Welt. Er hat nicht nur einen, sondern eine ganze Reihe solcher Kranken, wie diesen hier, beschrieben.“

Ich sah, daß meine Worte ihren Eindruck auf die Richter nicht verfehlten, die strengen Gesichter hellten sich auf, einige schienen mir beifällig zuzunicken, ich glaubte meinen Kranken gerettet.

„Und wie nennt denn Ihr berühmter Arzt diese Krankheit“, fragte mich der Präsident. — „Eine hysterische Lähmung!“

Da schüttelten alle die Köpfe. Hysterisch? — Diese erfahrenen Männer, die vor dem Gerichtstische täglich soviele Menschen erscheinen sahen, wußten auch, was man unter Hysterie versteht. Was hatte denn der gesunde, kräftige, blühende Handwerksmeister da auf der Anklagebank mit jenem Leiden zu tun? Der Patient wurde verurteilt.

„Es war wie geschehen zu erkennen“, so beginnt in der Gerichtssprache derjenige Passus des Urteils, der die Gründe enthält.

Heute weiß ich, daß ich ganz allein an der Verurteilung des Kranken schuld bin. Ich hätte das Wort hysterisch nicht gebrauchen sollen. Hätte ich Schrecklähmung gesagt, so würde ich den Richtern menschlich näher gekommen sein, den Begriff hysterisch im Charcotschen Sinne hatten sie nicht und konnten ihn nicht haben. Niemand hat ihn, denn er existiert nicht.

Wenn es mir gelingen sollte, die Aufmerksamkeit meiner

Herren Kollegen auf meine Auffassung des Hysteriebegriffs zu lenken, so bin ich darauf gefaßt, daß sich Stimmen für die Beibehaltung der alten Anschauung erheben. Man mag meine Anschauung ad absurdum führen, aber das kann nun und nimmer geleugnet werden, daß das Zusammenwerfen dieser Schrecklähmungen mit der klassischen Hysterie nicht länger geduldet werden darf. Hier muß dem ärztlichen Denken Klarheit geschafft werden.

Noch ein kleines, ganz kurzes Beispiel, damit ich nicht mißverstanden werde: Es kommt ein Mann herein, der vor sechs Wochen auf das eine Knie gefallen ist. Er hinkt unmäßig. Erbärmlich sieht es sich an, wie er am Stocke einherschleicht: dieser große, kräftige, gesunde Mensch, und er ist nie krank gewesen, niemals bis zu diesem Unglückstage, an dem er fiel, und sein alter Vater ist noch rüstig und seine alte Mutter auch. Er versteht überhaupt nicht, was wir von ihm wollen mit unseren Fragen nach seiner erblichen Belastung? — Nun kommt die Untersuchung: Keinerlei anatomische Veränderung, keine Quadrizepsatrophie, keine Schwäche des verletzten Beines. Aha, denkt vielleicht einer, der bare Schwindel! Allein die Prüfung der Reflexe zeigt, daß beim Beklopfen der Sehne des verletzten Knies das ganze Bein in leichten Spasmus gerät, und auf der anderen Seite ist alles normal. Ferner: Schon beim ersten Strich mit dem Perkussionshammerstiel fühlt er das Streichen an dem kranken Beine deutlicher als an dem gesunden, er schaut ganz verwundert darüber um sich. Nun wollen wir die Kontraktionsfähigkeit der Muskeln prüfen, aber der faradische Strom wirkt noch nicht lange, da fängt unser Mann an zu stöhnen. Schmerzt Sie denn das? Ja, schrecklich! und dabei zuckt er mit dem gesunden Beine wie ein Frosch, das kranke bleibt ganz ruhig. Der Strom wird umgekehrt wie alles andere an der gesunden Seite schmerzhaft empfunden, die kranke ist fast taub dagegen.

Ich beschreibe keinen Einzelfall, sondern einen typischen Vorgang, wie er sich oft genug in unserem Untersuchungszimmer abspielt.

Was soll das? Was hat dieser Untersuchte mit Char-

cots Schmiede gemeinsam oder mit dem kondemnierten Malermeister? Nun das eine ist allen dreien gemeinsam, daß man an nichts weniger zu denken braucht als an Hysterie, diese drei Männer sind himmelweit von den klassischen Bildern jenes Leidens getrennt. Man sollte den Namen hysterische Veränderungen hier ganz fallen lassen.

So wenig man eine Frau, die einen einzigen hysterischen Anfall erleidet, als Hysterika bezeichnen darf, so wenig verdienen die psychisch entstandenen Lähmungen jene Titulatur.

Es wäre an der Zeit, auch hier die Hysterie der Historie zu überweisen.

V. Schlußfolgerungen und Beweise.

Der Beweis, daß die Hysterie als selbständige Krankheit gar nicht existiert, läßt sich nirgends leichter führen als auf psychiatrischem Gebiete.

Raimann[129]), der ein Buch über die hysterischen Geistesstörungen geschrieben hat, schickt seinen Ausführungen die Bemerkung voraus: „Als Nervenkrankheit fällt die Hysterie auseinander."

Wir haben auf Grund der oben gegebenen Darstellungen diesem Satze nichts hinzuzufügen: er ist gewissermaßen das Fazit der ganzen bisherigen Untersuchung.

Die Umkehrung würde lauten: „Als Geisteskrankheit hält die Hysterie zusammen." Es wird mithin die Aufgabe dieses Kapitels sein, nachzuweisen, daß die Psychose Hysterie noch viel weniger als die Neurose gleichen Namens lebensfähig ist.

Die Stigmata hysterica sind Symptome der Ermüdung und Erschöpfung. Soll das gelten, so müssen wir im ganzen Bereiche der Psychiatrie diesen Zeichen begegnen, denn wo dürften wir sie wohl sonst vermuten, wenn nicht in den verschiedenen Regionen der sinkenden Intelligenz?

Nach Charcot bleibt die Hysterie stets selbständig, auch wenn sie sich mit dem Wahnsinn kombiniert.

Der Begriff des hysterischen Irreseins, mit welchem wir heute experimentieren, ist ein ganz anderer. Krafft-Ebing[130]), Schüle[131]) und Arndt[132]) haben vorgeschlagen, damit eine bestimmte Form von Geistesstörung abzugrenzen, bei welcher ausgesprochene hysterische Symptome vorhanden sind.

Genau wie vorhin auf neurologischem Gebiete beschrieben worden ist, führt uns auch bei den seelischen Störungen das Suchen nach solchen Kriterien zu ganz falschen Schlüssen. Was der einzelne Autor unter hysterischen Symptomen verstehen will, bleibt ihm überlassen, denn eine Einigung ist über diesen Punkt bisher noch nicht erfolgt. Wie kann man sich wundern, wenn sich ohne weiteres ergibt, daß alle die Krankheitsbilder außer jenen Symptomen auch nicht das mindeste Gemeinschaftliche haben?

Raimanns Werk kann hier gleich als Beispiel herangezogen werden. Die 55 Beobachtungen, welche er als hysterische Geistesstörungen zusammenfaßt, stammen aus den verschiedensten Gebieten der Psychiatrie, nichts ist ihnen gemeinsam als die Erschöpfungszeichen. —

Als schwankendes Gebilde ist das hysterische Irresein längst erkannt, und man ist ihm gerade von psychiatrischer Seite schon ernstlich zu Leibe gegangen.

Nißl[133]) befaßt sich in einem Aufsatze „Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen" sehr eingehend mit diesem Thema. Er führt zunächst als die in den weitesten Kreisen der Autoren gültige Meinung die folgende an: Es gibt erstens einfache Seelenstörungen mit Hysterie, d. h. wenn ein hysterisches Individuum an einer Melancholie, Manie, einem zirkulären Irresein oder einer Paranoia erkrankt, zweitens eigentliche, nicht komplizierte hysterische Psychosen, welche als selbständige Geisteskrankheiten vorwiegend degenerativen Charakters aufgefaßt werden und sich hauptsächlich aus deliranten, manischen, stuporösen, katatonischen, kataleptischen, paranoischen etc. Zustandsbildern zusammensetzen.

Die erste Gruppe deckt sich wohl ungefähr mit der

Charcotschen Auffassung, die zweite mit der später ganz allgemein als hysterisches Irresein benannten Psychose.

Nun folgt etwas weiter unten der bedeutsame Schluß:

„Niemand kann die Tatsache in Abrede stellen, daß der auf dem Boden der symptomatologischen Betrachtungsweise stehende Psychiater nicht über so feine Unterscheidungshilfsmittel verfügt, um mit Sicherheit hysterische Symptome, welche wirklich der Ausdruck der bei einem Individuum vorhandenen hysterischen Neurose sind, von hysteriformen Erscheinungen zu trennen, welche nicht das geringste mit der Neurose Hysterie zu tun haben, sondern Zeichen der verschiedensten Psychosen sein können."

Organisch hieran gliedert sich der Satz, daß nicht der Nachweis hysterischer Stigmata ausreicht, das Bestehen einer hysterischen Anlage und unter Umständen eine selbständige hysterische Psychose zu beweisen.

Wenn man einen kritischen Maßstab, wie ihn Nißl gebraucht, zur Hand nimmt, so ergibt sich ganz von selbst, daß solche hysterische Psychosen sehr seltene Krankheiten sind.

Weiter geht der Autor nicht. Der Schluß, den er ebensogut auf Grund seiner Erwägungen hätte ziehen können, daß es ein solches Irresein überhaupt nicht gibt, wird nicht gezogen. Im Gegenteil, der Autor sagt ausdrücklich, daß wir nur da von hysterischen Symptomen zu reden berechtigt sind, wo das Vorhandensein der Hysterie nachgewiesen werden kann, denn „unter Hysterie verstehen wir eine angeborene Krankheit, welche einen eigenartigen Zustand des Nervensystems bedingt, der klinisch dadurch zum Ausdruck gelangt, daß er zur Entwicklung des sogen. hysterischen Charakters führt."

Der Begriff der Hysterie als selbständige Krankheit steht also auch hier ganz unerschüttert fest, aber man beachte, wie himmelweit unser Denken bereits von dem der französischen Schule entfernt ist. Hier lautet das vornehmste Gebot: „Ubi stigmata, ibi Hysteria!" Nißl dagegen schließt: „Sine Hysteria omnia stigmata vana!"

Die Arbeit Nißls über die hysterischen Symptome war veranlaßt durch eine Beschreibung, die Ganser[134]) von einem eigentümlichen hysterischen Dämmerzustande gegeben

hatte. Unter der Bezeichnung des Vorbeiredens oder des Ganserschen Symptoms ist das Phänomen heute den Psychiatern allgemein bekannt.

Raecke[135]) hatte dann weiter solche Fälle beschrieben und die Auffassung, daß der Gansersche Dämmerzustand ein hysterisches Symptom sei, rückhaltlos akzeptiert.

Nißl nimmt, wie sich aus den seinem Aufsatze entlehnten Zitaten ergibt, eine abweichende Stellung ein.

Gansers[136]) Erwiderung auf den ihm gemachten Einwand enthält folgenden ungemein charakteristischen Passus:

„Untersucht man viele Menschen, die mit den verschiedensten Krankheitszuständen behaftet sind, gleichzeitig nach allen Richtungen hin, so findet man ungemein häufig Störungen der Sensibilität und der Schleimhautreflexe, wie sie in ausgesprochenen Fällen der Hysterie als mehr oder weniger wichtige Elemente des Krankheitsbildes vorkommen, und ebenso verhält es sich mit der für den hysterischen Charakter so bedeutungsvollen Suggestibilität. Nur bei einem Bruchteil der Fälle, die mit diesen Stigmaten behaftet sind, kommt es zur Entwicklung des hysterischen Krankheitsbildes."

Als ich diese Worte las, nahm ich mir vor, die Feder hinzulegen und meine Schrift über die Hysterie, soweit sie damals gediehen war, ins Feuer zu werfen, denn ich dachte, der Autor wird schließen: Ergo, eine selbständige Krankheit die Hysterie gibt es gar nicht! und damit wäre meine nosologische Betrachtung überflüssig gewesen.

Allein der Schluß lautet ganz anders: „Das beweist mir," fährt Ganser fort, „daß die Anlage der Hysterie sehr verbreitet und die Entwicklung der Hysterie auf dem Boden dieser Anlage vom Eintritt verschiedener Umstände abhängig ist. Darin erblicke ich die naheliegende Erklärung für die Beobachtungstatsache, daß bei Personen, die bis dahin jahrzehntelang keinerlei Zeichen hysterischen Charakters hatten erkennen lassen, beispielsweise nach starken Gemütsbewegungen, schmerzhaften Krankheiten, Unfällen etc., kurz nach seelischen und körperlichen Traumen wir mit einem Male den hysterischen Charakter sich entwickeln sehen."

Also auch hier wieder die beinahe fatalistisch klingende Idee der hysterischen Anlage, die wie ein Peccatum originale auf der Menschheit lastet.

Ich glaube nicht, daß ich unter den Psychiatern auf Unterstützung meiner Ansicht rechnen darf, denn noch vor kurzem hat Raecke[137]) in einem Artikel „Hysterisches Irresein" gesagt: „Es bricht sich immer allgemeiner die Überzeugung Bahn, daß dieses weitverbreitete .... Nervenleiden sich in letzter Linie auf rein psychischen Störungen aufbaut."

Von einem Fallenlassen dieser Spezialform seelischer Störung finde ich nirgends etwas Ernstliches erwähnt.

Und doch muß ich mit Nißl sagen: „Auf dem Boden der klinischen Forschungsrichtung ist eine gegenseitige Verständigung und Einigung in der Frage der Beziehungen zwischen der Hysterie und den übrigen Geistesstörungen unschwer zu erzielen", wenn es mir erlaubt ist, diesen Worten hinzuzufügen: „falls man prüft, ob das, was wir Hysterie zu nennen gewohnt sind, nicht einzig und allein ein Komplex von Symptomen ist, charakteristisch für körperliche und geistige Schwäche, gewissermaßen die Roseola an einem Körper, dessen Geist umnachtet ist."

Ich wage es, der Hoffnung Ausdruck zu geben, daß das hysterische Irresein binnen kurzem in derselben Versenkung verschwinden wird, welche die neurasthenische Psychose bereits verschlungen hat.

Eine solche Krankheit hat man gewissermaßen in Parallele zu der hysterischen Geistesstörung gebracht.

Krafft-Ebing[138]) bezeichnet als Paranoia neurasthenica eine Spezies, bei der „eine Fülle von Delirien nur die alogische Interpretation von Sensationen der Neurasthenie im paranoisch veränderten Bewußtsein vorstellen".

Franz C. Müller[139]) verweist diese Form mit Recht zur hypochondrischen Paranoia, erklärt aber bereits auf der nächsten Seite seines Buches, daß die Neurasthenie bei chronischen Fällen in Verrücktheit ausarten könne. Und dabei ist der Patient, der diesen Satz beweisen soll, ein echter Defektmensch mit Zwangsvorstellungen, Platzangst und ähnlichen Symptomen!

Nach dem Muster anderer Psychosen hat man auch eine periodische, zirkuläre und alternierende Form der Neurasthenie zu konstruieren versucht [Sollier[140]), Oddo[141]), Dunin[142])]. Heute spricht niemand mehr davon, denn es haben sich längst Stimmen erhoben, daß für ein solches Krankheitsbild jede Basis fehlt [Schreiber[143])] und jene Störungen als „formes frustes" des zirkulären Irreseins aufzufassen sind [Hoche[144])].

Die hysterische und die neurasthenische Psychose geben, wenn man ihrer Entstehungsgeschichte nachgeht, einen deutlichen Fingerzeig, wie leicht das Denken beim Systematisieren auf schiefe Bahn gerät.

Bei dem hysterischen Irresein finden sich Stigmata, folglich heißt es: Hier haben wir ein Kennzeichen, um eine bestimmte Psychose von allen andern abzugrenzen; und doch ergibt schon der erste kritische Blick, daß die neugeschaffene Kategorie eine ganz regellose Versammlung darstellt.

Die neurasthenische Seelenstörung auf der andern Seite zeigt wiederum ein markantes Symptom: Die übermäßige Betonung subjektiver Beschwerden. Auch dieses Zeichen findet sich in der Pathologie sehr verstreut, charakteristisch ist es aber nur für ein ganz bestimmtes Leiden: Die erworbene Nervenschwäche (Dauerermüdung). Nehmen wir es als Tertium comparationis aller derjenigen Zustände, bei denen es vorkommt, so bringen wir himmelweit verschiedene Sachen, um mit Arndt[145]) zu reden, in den großen neurasthenischen Topf.

Beide Spezies sind weder lebensfähig noch existenzberechtigt, wenn sie verschwinden, werden ihnen kaum viele Tränen nachgeweint werden. —

Es gibt in der Psychiatrie noch ein weiteres Kapitel, bei dem man deutlich sehen kann, wie das Festhalten an dem alten Schulbegriffe der Hysterie die heftigsten Kämpfe herbeiführt, während das Aufgeben dieses Begriffes alle Streitigkeiten schlichten würde. Das ist das Kapitel der Epilepsie.

Auf der einen Seite heißt es: Beide Affektionen sind grundverschieden, sie haben gar nichts miteinander zu tun [Möbius[146]), Hoche[147]), Kaiser[148]), Braatz und Falkenberg[149])], dem-

gegenüber erhebt sich eine Stimme, beides ist ganz genau dasselbe [Steffens[150])]. Dazwischen stehen verschiedene Meinungen. Bald heißt es, die bösen Schwestern reichen sich die Hand und machen gemeinschaftliche Sache (Hystero-Epilepsie) [Binswanger[151]), Ziehen[152])], und endlich fragt man, warum sollen nicht beide Krankheiten bei einem und demselben Individuum vorkommen [Charcot[153]), Löwenfeld[154])].

Die Namen aller der verschiedenen Streiter anzuführen, würde allein ein Bändchen füllen, und noch ist der Streit nicht ausgefochten.

Und doch wäre es so leicht, ihn zu beenden, wenn die Autoren dem Gedanken näher treten möchten, daß nur die Epilepsie allein die Grundkrankheit bildet, die hysterischen Insulte aber, so wie überall, wo die Verblödung mitspielt, auch hier sich als Schwächesymptome einfinden. Wenn das Beispiel nicht zu gewagt ist, so lebt die Hysterie saprophytisch auf dem Epileptiker, wie das Mikrosporon furfur auf der Haut des Phthisikers.

Fast würde ich mich scheuen, den Satz niederzuschreiben, wenn ich nicht wüßte, daß ich mich mit den Führern auf dem Gebiete der psychiatrischen Wissenschaft nahezu in völliger Übereinstimmung befinde.

„Ein Epileptiker", sagt Hoche[147]), „hat hysterische Symptome; das ist nichts Merkwürdiges. Oder ein vorher hysterisches Individuum wird epileptisch; das ist im Prinzip auch nichts anderes, als wenn ein Neurastheniker oder ein Tabiker unter irgendwelchen Einflüssen hysterisch wird."

Von diesem Gedanken bis zu meiner Anschauung ist nur ein kleiner Schritt.

Es ist sehr charakteristisch, daß Braatz und Falkenberg[149]) den eben zitierten Worten Hoches die Bemerkung hinzufügen: „Dieser letzte Satz, der doch wohl zur Erläuterung des Epileptischwerdens eines vorher hysterischen Individuums dienen soll, ist uns in seiner Bedeutung nicht ganz klar geworden."

Ich muß im Gegenteil sagen: „Wäre meine Ansicht auch

nur im mindesten noch schwankend gewesen, so hätte dieser Satz dazu beigetragen, sie zu befestigen." — —

Hier mag sich noch eine kurze Betrachtung anreihen über das Vorkommen hysterischer Symptome bei organischen Geisteskrankheiten.

Hermann[155]), Oberarzt der Irrenanstalt des Gouvernements Orel, schreibt in einem Aufsatze „über spät auftretende hysterische Anfälle bei Epileptikern" folgendes: „Die Hysterie wird bei vorhandener angeborener Anlage zu dieser Erkrankung häufig als Komplikation bei verschiedenen körperlichen und nervösen Erkrankungen angetroffen, so bei Erkrankungen des Herzens, der Lunge, der Genitalsphäre und anderer Organe, desgleichen bei Gehirngeschwülsten, bei tuberkulöser Hirnhautentzündung, bei Erkrankung des Rückenmarks und der peripherischen Nerven."

Schönthal[156]) hat einen dahin gehörigen sehr merkwürdigen Fall von Epilepsie und Hirntumor mit hysterischen Paroxysmen beschrieben.

Auch von anderen Forschern, besonders von Thoma[157]), wird auf das Zusammentreffen solcher Stigmata mit organischen Hirnerkrankungen, Erweichungsherden und Tumoren hingewiesen.

„Zunächst", schließt Thoma, „zeigt jedenfalls das Vorkommen dieser Erscheinungen, daß bei einer Reihe der verschiedenartigsten Erkrankungen derjenige Zustand des Zentralnervensystems zustande kommen kann, der sich in den als hysterische Symptome bezeichneten funktionellen Störungen äußert, wobei funktionell natürlich nur sagen will, daß wir die anatomischen Grundlagen nicht kennen."

Die Erklärung der Kombination ist ohne weiteres und ganz ungezwungen zu finden, sobald man dem Gedanken Raum gibt: Die hysterischen Zeichen sind Erschöpfungssymptome, ihr Vorkommen bei organischen Erkrankungen des Gehirns kann dann nicht mehr überraschen. Keiner der erwähnten Autoren zieht diesen Schluß. Thoma schreibt ausdrücklich, daß bei weitem die überwiegende Mehrzahl aller Fälle idiopathischer Hysterie auf dem Boden der erblichen Anlage resp. der angeborenen oder erworbenen

neuropathischen Disposition steht, während er auf der anderen Seite unumwunden zugibt, daß dieselbe Krankheit auch vorkommt, ohne daß wir sie als angeborene oder als Ausdruck der Degeneration auffassen dürfen.

Der Begriff der Hysterie als das unteilbare und in sich geschlossene Ganze der Charcotschen Lehre blickt überall durch. —

Die nosologische Betrachtung ist zu Ende. Die Reihe der Beweise ließe sich unschwer um ein gutes Stück weiter spinnen, allein wozu etwas beweisen, was niemand bestreitet? Die vorstehend entworfene Theorie des hysterischen Leidens besteht, wenn man es genau nimmt, von A bis Z einzig und allein aus einer Sammlung von Tatsachen. Nur so, wie man sie aneinanderreiht, ergeben sie einen anderen Sinn, als man bisher daraus entnommen hat.

Vorausgesetzt, daß man mich hört, hoffe ich, mit meiner Ansicht nicht allein zu bleiben, und so schließe ich mit den Worten, die Möbius[158]) einmal bei ähnlicher Gelegenheit gebraucht hat: „Jede Kritik, jeder Tadel ist mir willkommen, nur gelesen möchte ich werden.“

Anmerkungen.

1. Georgius Baglivus, Opera omnia, Lugduni 1704. De praxi medica, lib. I, cap. I, 3. Deutsche Ausgabe. Lübeck und Frankfurt 1705.
2. Mercurialis erklärt die Hippokratischen Bücher über die Weiberkrankheiten für unecht. Ich entnehme diese Angabe, wie manches andere, aus Dubois, Über das Wesen und die gründliche Heilung der Hypochondrie und Hysterie, übers. v. Ideler. Berlin, 1840.
3. Die btrff. Stelle findet sich cap. 54. Phaedrus beruft sich auf den Hippokrates, und Sokrates antwortet ihm darauf, daß man neben jenem auch den Gründen nachforschen müsse. s. Plato, Phaedrus übers. von Hieronymus Müller. Leipzig, 1857.
4. Ich zitiere lateinisch (nach dem Texte von Astius, Leipzig, 1822), denn wir müssen ja bereits mit einem bestimmten Prozentsatze von Kollegen rechnen, die kein Griechisch mehr verstehen. Hier in der Anmerkung mag aber auch der Urtext folgen, vielleicht daß sich einmal ein Gelehrter für diese Stelle interessiert und uns weitere Aufschlüsse darüber gibt: *Αἱ δ'ἐν ταῖς γυναιξὶν αὖ μητραίτε καὶ ὑστέραι λεγόμεναι διὰ ταῦτα*

ταῦτα, ζῶον ἐπιθυμητικὸν ἐνὸν τῆς παιδοποιίας, ὅταν ἄκαρπ παρὰ τὴν ὥραν χρόνον πολὺν γίγνηται, χαλεπῶς ἀγανακτοῦν φέρει καὶ πλανώμενον πάντῃ κατὰ τὸ σῶμα etc.

5. Galenus, Opera, Basileae, 1561. De locis affectis, lib. VI, cap. 5. Qua de re Platonem ita scripsisse comperimus: Ea pars, quae in mulieribus et uterus et vulva nominatur, quum sit animal, prolem generare cupiens, si intempestive diuque infructuosa fuerit, succensens aegre fert, erransque per totum corpus et spiritus meatum obstruens, respirare non sinens, in extremam anxietatem dejicit, atque multos alios morbos excitat. — Haec dicente Platone, quidam addiderant quod postea quam ita per corpus uterus erraverit, ad septum transversum perveniens, respirationem impedire solet ect.
6. Hippokrates, Opera omnia, transl. Foesius, Frnkf. 1569, De natura muliebri, außerdem ist benutzt: Ächte mediz. Schriften, herausgeg. v. Gruithuisen, München, 1814 und Werke, übers. v. Fuchs.
7. Wahrscheinlich Titel alter Dissertationen, die nirgends aufzutreiben waren. Ich entnehme die Citate aus: Cannstatt, Hdb. d. Med. Klinik Erlangen 1843, Bd. III, Abt. 1, p. 422 und 423. Wahrscheinlich sind die Angaben der Titel ungenau, sonst wäre doch wohl das eine ode das andere in den Bibliotheken gefunden worden.
8. Gehört zu der gleichen Klasse von Schriften wie die unter 7.
9. Freund, Über Neurasthenia hysterica pp. Moderne ärztl. Bibliothek Heft 3. Berlin, 1904.
10. Petrus Forestus, Opera omnia, Frankf. 1660. Die Ausgabe, welche mir vorlag, ist eine spätere Sammlung, der Autor ist 1597 gestorben sein Buch über die Krankheiten der Weiber ist 1599 erschienen.
11. Zacutus Lusitanus, Opera. Lugduni, 1649.
12. In Schmidts Enzyklopädie der ges. Medizin, Leipzig 1848, hat Eisenmann den Artikel „Hysterie“ geliefert. Hier findet sich groß und breit folgender Passus: Die Hysterie kommt vorherrschend bei Frauenzimmern vor, daß aber auch Männer derselben unterworfen sind haben schon Forestus und Lusitanus gewußt. — Hätte der Verf sich die Mühe genommen, die Observationes, die er in der Fußnote anführt, nachzuschlagen, so würde er unschwer entdeckt haben, daß sich bei Forestus auch nicht ein Sterbenswörtchen von männl. Hysterie findet, und bei Lusitanus (gemeint ist Zacutus Lusitanus) De praxi admiranda, Lib. II, obs. 85 handelt es sich, wie Eisenmann schon aus der Kapitelüberschrift ersehen haben würde, um eine Frau, die dreißig Jahre ohne Uterus gelebt hat, aber nicht um männliche Hysterie. Es ist überhaupt eine merkwürdige Erscheinung in der medizinischen Literatur, wie oft falsche Zitate Jahrhunderte lang immer wieder auftauchen und von einem Buche in das andere hinüberwandern.
12. und 13. Platerus und Sylvius werden bei Fernel wiederholt zitiert. Den letzteren darf man nicht verwechseln mit Franciscus Sylvius de le Boe, welcher viel später gelebt hat und ganz andere

Ansichten vertritt. Man vergleiche: Praxeos medicae Appendix, Tractatus VII, De affectione hypochondriaca, § 136 und 137. Amstelodami, 1679. Interim, si quis rem rite pensitet, et in foeminis et in maribus observabit, affectum illum suffocationi aut strangulationi similem a nulla parte generationi inserviente, verum flatibus melancholicis . . ortum ducere. Das sind also bereits Sydenhamsche Ideen vor Sydenham.

14. Joan Fernelius, universa medica. Lugduni Batav. 1645.
15. Damit niemand gezwungen ist, zur Beurteilung des angeführten Falles das mystische Werk des Fernelius nachzuschlagen, mag die Stelle hier in extenso folgen. Sie findet sich: De abditis rerum causis, Lib. II, cap. 16, p. 224. Das Buch erschien zuerst 1548, ich zitiere nach der Ausgabe Leyden 1644 Schon die Kapitelüberschrift ist charakteristisch: Et morbos et remedia quaedam trans naturam esse: Juvenis, familia equestri, paucis ante annis corporis concussione et quasi convulsione ex temporum intervallis laboravit, qua nunc solum sinistrum bracchium, nunc dextrum, interdum etiam digitum unicum, alias crus alterum, alias utrumque, alias corporis truncum tanta celeritate exagitaret, vix ut a ministris quatuor decumbens cohiberetur. Caput autem inconcussum jacebat, lingua et locutio libera mens sana omnesque sensus integri vel in convulsionis ferocia. Decies minimum quotidie corripiebatur, in intervallis sanus, sed labore confractus. Vera epilepsia judicari poterat, si mentis sensuumque laesio accessisset. Peritissimi quique adhibiti medici convulsionem epilepsiae finitimam a maligno venenatoque vapore, spinae dorsi impacto, censuerunt, e quo vapor in eos nervos emanaret, qui a spina in artus quoquo versum non autem in cerebrum disseminantur.
16. Ibidem, Praefatio pag. 4.
17. Piso, Selectionum observatonium pp. Liber singularis. Lugduni Batavorum, 1650. Deutsche Ausgabe: Von denen Krankheiten, welche aus dem Blutwasser entstehen, übersetzt von Hermann Boerhaave. Leipzig, 1785.
18. Ibid. im Kommentar zum VII. Kapitel des Piso.
19. Gilles de la Tourette, Die Hysterie, deutsch von Grube. Leipzig und Wien, 1894.
20. Steffens, Über Hystero-Epilepsie. Archiv f. Psych., Bd. XXXIII, 3.
21. Highmorus, Exercitat. duae 1660, und Epist. ad Th. Willis, de pass hyst. 1670. Beides war mir im Original nicht zugänglich.
22. Willisius, Pathologia cerebri, cap. X. Genevae, 1676.
23. Ich vermag die Stelle nicht anzugeben, wo sich dieser Ausdruck findet, gesagt hat er es einmal. Vgl. Franz C. Müller, Hdb. der Neurasthenie, p. 237 ff.
24. Hippokrates, Aphorismen VI, 23.
25. Celsus, acht Bücher der Arzneikunde, übers. v. Ritter. Stuttgart, 1840. lib. II, cap. 7.

26. Caelius Aurelianus. Original mir nicht zugänglich.
27. Galenus, de locis affectis, lib. III, cap. 7.
28. Diocles Carystius aus der Schule der Asklepiaden, das nähere über ihn bei A. v. Haller, Bibliotheca medic. pract. I, pag. 107. Die Stelle über die psychische Dyspepsie, die Galenus zitiert, ist zu wichtig für unsere Zeit, um hier übergangen zu werden: Diocles ita scripsit: Porro alius oritur a ventriculo morbus, nominaturque ab aliis melancholicus, ab aliis flatuosus, quem sumpto cibo maxime coctu difficili et caustico sputum humidum idemque multum comitatur: item ructus acidus, flatus, aestus in hypochondriis, fluctuatio non ilico, sed quum retinuerint: interdum ventriculi vehementes dolores, qui nonullis ad dorsum usque porcedunt, concoctis deinde cibis quiescunt.
29. Sydenham, Opera medica, tom. I. Genevae, 1769.
30. Dissertatio epistolaris ad Guilelmum Cole M. D. de observationibus nuperis circa curationem variolarum confluentium nec non de affectione hysterica.
31. Briquet, Traité clinique pp. Trotzdem mir drei Bibliotheken zur Verfügung standen, habe ich einige schmerzlich vermißte Bücher nicht einsehen können, dazu gehört in erster Linie Briquets Werk. So oft es im nachfolgenden zitiert ist, stammen die Angaben aus den weiter unten namhaft gemachten Büchern Charcots, Gilles de la Tourettes und Pierre Janets.
32. l. c. I, pag. 256.
33. l. c., pag. 104.
34. Stahl, Der medizinische Hauptschlüssel. Leipzig, 1739. Th. V, cap. 5.
35. Whytt, Observations of the nature pp. 1763. Die Stelle ist zitiert nach Bilguer, dies Verzeichnis Nr. 42.
36. Cullen, Kurzer Inbegriff der medizin. Nosologie. Leipzig, 1786.
37. Sauvages, Nosologia methodica. Amstelodami, 1763. Th. II, 2, p. 99ff.
38. Der Titel des Werkes von Sauvages.
39. s. Dubois, l. c. Dieses Verzeichnis Nr. 2.
40. Boerhaave, zit. b. Dubois ibid.
41. Fr. Hoffmann, de morbi hyst. vera indole. Halae, 1733.
42. Bilguer, Nachrichten an das Publikum in der Absicht der Hypochondrie. Kopenhagen, 1767.
43. Raulin, Traité des affections vaporeuses. Paris, 1759.
44. Pomme, Traité des affections vaporeuses. Paris, 1782.
45. Cannstatt, Handbuch der medizin. Klinik. Erlangen, 1843, Bd. III, Abt. 1, pag. 237.
46. Cordes, Die Platzangst pp. Arch. f. Psych., III, pag. 521.
47. Beard, Die Nervenschwäche, übersetzt von Neißer. Leipzig, 1889. Die einzelnen Arbeiten dieses Autors brauchen hier nicht namhaft gemacht zu werden, die Literatur ist ausführlich dargestellt bei Möbius, Bemerkungen über Neurasthenie. Die erste Arbeit Beards, Neur-

asthenia or nervous exhaustion erschien im Boston med. and surg. Journal im Jahre 1869, nicht wie zuweilen angegeben wird 1879.
48. l. c., pag. 66.
49. Cheyne, the english maladie. London, 1739.
50. Brachet, Traité de l'hysterie. Paris, 1847.
51. Sandras, Traité des maladies nerveux. Paris, 1851.
52. Cérise, zit. b. Bouveret, dies Verzeichnis Nr. 64.
53 Bouchut, De l'état nerveux aigu et chronique.
54. Das Zitat stammt, wie auch zum Teil die vorhergehenden, aus Bouveret, Die Neurasthenie, übersetzt von Dornblüth. Wien, 1892.
55. Sydenham, Opera medica, tom. I. Genevae, 1769.
56. Bretonneau, zitiert nach Behring, Geschichte der Diphtherie. Leipzig, 1893.
57. Duchenne de Boulogne, Elektrisation locale.
58. Diese Wendung stammt gleichfalls von Albert Eulenburg.
59. Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthen. Zustände. Nothnagel, XII, 2, 1900, pag. 34.
60. Möbius, Über das Pathologische bei Nietzsche. Wiesbaden, 1902.
61. Freud, Über Hysterie. Wiener klin. Rundschau, 1895.
62. Aschaffenburg, Die Beziehungen des sexuellen Lebens zur Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten. Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 37.
63. Warda, Zur Geschichte und Kritik der sogen. psychischen Zwangszustände. Arch. f. Psych., Bd. XXXIX, p. 282.
64. Georget, Artikel „Hysterie“ in Enzykl. der med. Wissenschaften, herausgegeben von Meißner und Schmidt. Leipzig, 1831.
65. Cannstatt, Handb. der med. Klinik, III, 1, pag. 426, Anmerk.
66. Charcot, Werke. Im folgenden sind zitiert: 1. Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems. Übersetzt von Fetzer. Stuttgart, 1874 (Vorls.). 2. Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems. Übersetzt von Freud. Leipzig und Wien, 1886 (Neue Vorls.). 3. Poliklin. Vorträge. Übersetzt von Freud, ibid., 1894 (Pol. Vorls.).
67. Louyer Villermay, zit. nach Dubois. Das Original gehört zu denjenigen Büchern, die mir trotz aller Mühe nicht zugänglich waren.
68. Zitiert nach Charcot. Vorls. I, pag. 376.
69. Ibid. I, pag. 329.
70. Sydenham, Dissert. epistol. ad Guil. Cole, l. c., dies Verzeichnis Nr. 30.
71. Pol. Vorls., II, pag. 33.
72. Ibid., II, p. 33.
73. Ibid., II, p. 109.
74. Ibid., I, p. 313.
75. Ibid., II, p. 151.
76. Ibid., I, p. 292.
77. Ibid., I, p. 101.

78. Ibid., II, p. 27.
79. Ibid., II, p. 338.
80. Neue Vorls., p. 233.
81. Ibid., p. 3.
82. Pierre Janet, Der Geisteszustand der Hysterischen. Übersetzt von Kahane. Leipzig und Wien, 1894.
83. Vorls., I, p. 329—352.
84. Der französische Text ist zitiert nach der Ausgabe von 1877.
85. Féré, Moderne Nervosität pp. Übersetzt von Schnitzer. Berlin, 1898.
86. Gilles de la Tourette, l. c., p. 68.
87. Neue Vorls., p. 95.
88. Gilles de la Tourette, l. c., p. 23.
89. Pol. Vorles., I, p. 292.
90. Ibid., I, p. 254.
91. Ibid., I, p. 319.
92. Ibid., II, p. 254.
93. Ibid., II, p. 140.
94. Ibid., I, p. 55.
94. Jolly b. Ziemßen, Bd. XII, 2. 1877. Strümpell, Lehrbuch, 1885.
95. In letzter Zeit bes. v. Binswanger, Die Hysterie pp.
96. Gowers. Das Zitat ist entnommen aus Gilles de la Tourette, l. c., p. 74.
97. Pol. Vorls., I, pag. 205.
98. Ibid., I, p. 137.
99. Georget, l. c., dies Verzeichnis Nr. 64.
100. Eisenmann, l. c., dies Verzeichnis Nr. 12.
101. Gilles de la Tourette, l. c.
102. Pierre Janet, l. c., dies Verzeichnis Nr. 82.
103. l. c., II, p. 450.
104. Möbius, Neurolog. Beiträge, Heft 1.
105. Hellpach, Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig, 1904. Das Zitat stammt aus einem Referate im Neurol. Zentralblatt. 1905.
106. Erlenmeyer, Über die Bedeutung der Arbeit pp. Berliner klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 6.
107. Kraepelin, Psychiatrie. 7. Auflage. Leipzig, 1904.
108 Möbius, l. c., p. 4.
109. Hoche, Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin, 1902.
110. Möbius, Neurol. Beiträge, Heft 2, p. 86 ff.
111. Böttiger, Neurol. Zentralblatt, 1897, p. 514.
112. Ibid., 1904, p. 131.
113. Pierre Janet, l. c., p. 29.
114. Binswanger, Die Hysterie. Wien, 1904.
115. Kronthal, Ist Hysterie eine Nervenkrankheit? Berl. klin. Wochenschrift, 1906, Nr. 22.

116. Swediaur, Jatrike. Halae, 1812.
117. Babinski. Ich entnehme das Zitat aus einem Aufsatze von Meyer (Königsberg), Hysterie und Invalidität. Dtsch. med. Wochenschrift, 1907, Nr. 6.
118. Diese beiden Zahlen entstammen den offiziellen Anstaltsberichten, sie bedeuten also, wie die vorschriftsmäßige Statistik das mit sich bringt, nicht Individuen, sondern Aufnahmen. Wenn ein Kranker wiederholt aufgenommen wird, so erscheint er in jedem Aufnahmejahre als besondere Nummer, dagegen ist er in einem und demselben Jahre stets nur eine einzige Nummer, ganz gleichgültig, ob er mehrfach in diesem Jahre zu- und abgeht.
119. Alle außer den sub 118 erwähnten beiden Zahlen bedeuten Individuen, jeder Kranke erscheint also in der Statistik nur einmal, ganz gleichgültig, wie oft er aufgenommen ist.
120. Steyerthal, Die Beurteilung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Zeitung, 1906, Nr. 3.
121. Pierre Janet, l. c.
122. Hippokrates, De natura muliebri. trans. Foesius. Frankfurt, 1596.
123. Zitiert bei Dubois, l. c., p. 72.
124. l. c.
125. Neue Vorls., p. 95.
126. Pol. Vorls., I, p. 367.
127. Neue Vorls., p. 81.
128. Ibid.
129. Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. Leipzig und Wien, 1904.
130. Krafft-Ebing, Psychiatrie.
131. Schüle, Klinische Psychiatrie, 1886.
132. Arndt, Psychiatrie.
133. Nißl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralblatt für Nervenheilkunde, 1902, p. 2.
134. Ganser, Archiv f. Psych., Bd. XXX, p. 633.
135. Raecke, Beitrag zur Kenntnis pp. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVIII, p. 115.
136. Ganser, Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. Archiv f. Psych., Bd. XXXVIII, p. 34.
137. Raecke, Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 10.
138. Krafft-Ebing, Arbeiten aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie pp. Leipzig, 1897.
139. Franz C. Müller, Handbuch der Neurasthenie. Leipzig, 1893, p. 247.
140. Sollier, Sur une forme circulaire de la Neur. Revue de Médécine, 1893, p. 1009.
141. Oddo, Neurol. circulaire à forme alternante quotidiane, ibid. 1894.
142. Dunin, Über period., circulaire und alternierende Neurasthenie. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 1898, Bd. XIII, p. 147.
143. Schreiber, Fall von 7 Jahre lang dauerndem zirkul. Irrsein. Arch. f. Psych., Bd. XXXIV.

144. Hoche, Über die leichteren Formen des perioa. Irreseins. Halle.
145. Arndt, Artikel „Neurasthenie“ in Eulenburgs Realenzyklopädie.
146. Möbius, Diagnostik der Nervenkrankheiten. Leipzig, 1894.
147. Hoche, l. c., dies Verzeichnis Nr. 109.
148. Kaiser, Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie. Monatsschr. f. Psych., 1902.
149. Braatz und Falkenberg, Hysterie und Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXXVIII.
150. Steffens, Über Hystero-Epil. Arch. f. Psych., Bd. XXXIX, p. 1252.
151. Binswanger, Die Epilepsie. Wien, 1899.
152. Ziehen, Psychiatrie.
153. Vorls., I, p. 372 ff.
154. Löwenfeld, Pathol. und Therap. der Neurol. und Hysterie. Wiesbaden, 1894.
155. Hermann, Über spät auftretende hysterische Anfälle bei Epilepsie. Monatsschr. f. Psych., Bd. XIII, 1903.
156. Schönthal, Beitrag zur Sympt. der Hirntumoren. Berliner klin. Wochenschrift, 1891, Nr. 11.
157. Thoma, Über hyster. Symptome bei organ. Hirnerkrankungen. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LX, p. 606.
158. Möbius, Neurol. Beiträge. Vorwort.

Inhalt.

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Schwachsinnigenforschung, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik.

Zwei Abhandlungen

von

Dr. phil. **Theodor Heller,**
Direktor der Heilpädagogischen Anstalt Wien-Grinzing.



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
1909.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Professor Dr. Bruns in Hannover, Geh. Rat Dr. Cramer in Göttingen, Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart. Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Berlin

herausgegeben von

Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band VIII, Heft 6.

Inhaltsverzeichnis.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

herausgegeben von

Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band VIII, Heft 6.

Inhaltsverzeichnis.

I.

Neuere Forschungen auf dem Gebiete des infantilen Schwachsinns.

Der berühmte Philosoph Leibniz hat den Ausspruch getan: „So oft ich über die Beförderung des allgemeinen Wohles nachdenke, komme ich auf dasselbe: Daß das menschliche Geschlecht sich nur dann vervollkommnen wird, wenn die Erziehung der Jugend eine bessere Gestalt erlangt." *) Mehr als zwei Jahrhunderte sind seitdem verflossen, und erst unser Zeitalter hat die soziale Bedeutung der Jugendfürsorge erkannt. Fast hat es den Anschein, als ob im Sturme der Begeisterung mit einem Male gut gemacht werden soll, was in einer langen Vergangenheit unterlassen und gefehlt worden ist. Das schlichte Wort „Jugendfürsorge" umfaßt aber ein Gebiet von solchem Umfange, daß eine rasche Änderung der bestehenden Verhältnisse, eine schnell zugreifende Hilfstätigkeit auf allen Gebieten unmöglich erscheint. Immer neue Probleme werden aufgezeigt, immer neue Aufgaben erstehen. Je weiter die wissenschaftliche Erkenntnis über Jugendfürsorge fortschreitet, desto mehr zeigt sich die Notwendigkeit eines einheitlichen Vorgehens. Ein Beispiel hierfür ist das Gebiet, das ich zu behandeln die Absicht habe. Jahrzehntelang hat es nur wenige Forscher gegeben, die sich — sozusagen unter dem Ausschluß der Öffentlichkeit — mit der Idiotie beschäftigten. Die Pädagogen, welche sich theoretisch und praktisch mit der Schwachsinnigensache befaßten, fanden für ihr rastloses, aufopferndes Bemühen ge-

*) Dieses Zitat bildet das Motto, welches Dr. Heinrich Reicher seinem fundamentalen Werke: „Die Fürsorge für die verwahrloste Jugend" vorgesetzt hat.

ringes Verständnis. Gegenwärtig hat die Schwachsinnigenforschung einen Aufschwung genommen, den man noch vor zwei Jahrzehnten für unmöglich gehalten hätte. Die Pädagogen können als Ergebnis ihrer speziellen Arbeit die Schaffung der Hilfsschule betrachten, deren Wert und deren soziale Bedeutung heute unbestritten sind. Die Medizin hat in der Behandlung und Heilung des Kretinismus einen ihrer gewaltigsten Erfolge errungen. Die Rechts- und die Sozialwissenschaft beginnen jetzt zu erkennen, daß die Schwachsinnigenfürsorge eine der notwendigsten Maßregeln im Kampfe gegen die Verwahrlosung der Jugendlichen bedeutet. — So wird die Schwachsinnigenfrage von verschiedenen Seiten aus in Angriff genommen. Aber diese Bestrebungen können einen praktischen Erfolg erst dann erzielen, wenn sich alle beteiligten Faktoren zu einheitlicher Arbeit vereinigen, die zum Zwecke haben muß, daß kein schwachsinniges Kind der Fürsorge entbehre, deren es bedarf. In diesem Sinne werden Ärzte und Pädagogen sich eng aneinander schließen müssen; diesem Bunde werden sicherlich in nicht zu ferner Zeit auch die Vertreter der Rechtswissenschaft beitreten, in der Erkenntnis, daß bei jugendlichen Rechtsbrechern in weitaus den meisten Fällen nicht Strafe, sondern Erziehung angezeigt ist, und daß viele derselben heilender Fürsorge bedürfen, wenn sich ihre Tat als ein Produkt krankhafter Veranlagung darstellt.

Wir sehen, daß die Schwachsinnigenfürsorge eine Angelegenheit von großer sozialer Bedeutung ist und nicht bloß einzelne Interessenkreise berührt. Die geringen Unterrichts- und Erziehungserfolge in unseren Schulen*), die Zunahme der Vergehen und Verbrechen unter den Jugendlichen, die Schwierigkeiten, die der Armenpflege daraus erwachsen, daß eine große Zahl arbeitsunfähiger Elemente versorgt werden muß, wofür die öffentlichen Mittel nicht ausreichen, alle diese

*) Sickinger weist nach, daß vor Einführung seiner Schulreform 1877 bis 1887 $^{5}/_{8}$ aller entlassenen Knaben, $^{4}/_{5}$ der zur Entlassung gekommenen Mädchen die erste Klasse nicht erreichten; 1887 bis 1897 waren es $^{2}/_{3}$ der Knaben, $^{4}/_{5}$ der Mädchen. (Der Unterrichtsbetrieb in großen Volksschulkörpern. Mannheim, Bensheimer, 1904, S. 19.)

längst erwiesenen Tatsachen lassen sich — wenigstens zum Teil — auf den Mangel einer planmäßigen Schwachsinnigenfürsorge zurückführen. Österreich tritt später als andere Länder an diese Reformarbeit heran; der Verein „Fürsorge für Schwachsinnige“ hat die Erkenntnis von der Notwendigkeit einer Änderung der bestehenden Verhältnisse in weiteste Kreise getragen. Das Terrain, das in anderen Staaten schrittweise erobert werden mußte, ist nunmehr geebnet. Die Erfahrungen, die anderwärts auf diesem Gebiete erworben worden sind, können wir für unsere spezielle Arbeit nutzbar machen. So erscheint die Forderung begründet, daß nicht länger gezögert werde. Wir erwarten eine großzügige Organisation zugunsten der geistig Schwachen, die zweifellos der gesamten öffentlichen Wohlfahrt zugute kommen wird.

Das Land Steiermark nimmt in der Geschichte der Schwachsinnigenforschung eine ehrenvolle Stellung ein. Für dieses Land bedeutete der hier endemische Kretinismus eine schwere Heimsuchung. Nach Antons Statistik, die nach Weygandts Angabe zahlreiche Fälle nicht einschließt, zählte man 1896 in Obersteier 1033, in Mittelsteier 1176, in Untersteier 535 Kretinen.*) Der ehemalige Grazer, jetzige Wiener Psychiater Wagner von Jauregg hat den Kampf gegen diese Endemie aufgenommen und siegreich durchgeführt, ein Verdienst, das um so höher anzuschlagen ist, als anfänglich namhafte Forscher, wie Bircher und Ewald, die thyreogene Natur des endemischen Kretinismus in Zweifel zogen.**) Heute kann mit voller Sicherheit behauptet werden, daß die Medizin in den Schilddrüsenpräparaten zuverlässige Mittel nicht bloß gegen den sporadischen, sondern auch gegen den endemischen

*) Weygandt, Weitere Beiträge zum Kretinismus. Nach einem am 21. I. 1904 in der physik.-med. Ges. zu Würzburg gehaltenen Vortrag. S. 42f. — Nach v. Wagner läßt sich angesichts der ungenauen Zählung kretinischer Kinder als wirkliche Zahl mehr als das Dreifache der 1894 für die Länder der österreichischen Krone gezählten Kretinen annehmen. (Weygandt, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Halle a. S., Marhold, 1904, S. 21.)

**) Wagner von Jauregg, Über endemischen und sporadischen Kretinismus und dessen Behandlung. Wiener klinische Wochenschrift, 1900, Nr. 19.

Kretinismus und die mit letzterem eng verbundene endemische Taubheit besitzt.*)

Uns Pädagogen interessiert vor allem die Frage, ob durch die Thyreoidinbehandlung eine Besserung des psychischen Zustandes der Kretinen erzielt werden kann. Diese Frage muß für die Mehrzahl der Fälle entschieden bejaht werden. Innerhalb des Kretinismus bestehen alle Abstufungen vom schwersten Blödsinn bis zu einer leichten Abschwächung der psychischen Funktionen. Nach Weygandt sind die Formes frustes, die leicht Schwachsinnigen, in Kretinengegenden am zahlreichsten.**)

Möglicherweise findet bei diesen Individuen ein vollständiger Ausgleich der psychischen Funktionen, eine restitutio in integrum, statt. Aber auch in schweren Fällen von Kretinismus ist der Erfolg der Schilddrüsenbehandlung ein evidenter. Ich habe vor etwa acht Jahren ein kretinisches Kind beobachtet, das vor Beginn der Behandlung das Bild schwerer Idiotie darbot, im Alter von vier Jahren weder gehen noch sprechen konnte, gefüttert werden mußte, träge dahinlag und völlig apathisch war. Nach $1^1/_2$jähriger, ärztlich überwachter Schilddrüsenbehandlung war das Kind seinem ganzen Wesen nach verändert; mit Ausnahme des etwas aufgetriebenen Unterleibes und des spurweise noch vorhandenen Nabelbruches gemahnte nichts mehr an den früheren Zustand. Die psychische Änderung ließ sich dahin präzisieren, daß aus dem bildungsunfähigen ein bildungsfähiges Kind geworden war; es ist mittlerweile in den Besitz der Sprache gelangt, hat manuelle Fähigkeiten erworben, ist ziemlich selbständig und gegenwärtig soweit gefördert, daß es Elementarunterricht empfangen kann. Von der früheren Apathie ist nichts mehr vorhanden, das Kind ist lebhaft, heiter, hat Freude an Geselligkeit, ist freundlich, zutraulich und spielt gern und mit einem gewissen Verständnis.

Wenn wir bedenken, daß es sich um einen schweren Fall von Kretinismus handelte, dessen psychisches Leben vollständig darniederlag, so wird man mit dem erzielten Erfolg immerhin zufrieden sein können. Ich bin der Ansicht, daß die heilpäda-

*) a. a. O.

**) Weygandt, Der heutige Stand etc. S. 33.

gogische bisweilen die medizinische Behandlung ergänzen und in psychischer Hinsicht vervollständigen könnte. Weygandt sagt: „Die psychische Behandlung bedarf großer Geduld, muß vor allem auf Anregung und Übung bedacht sein, wird aber nicht selten durch Erfolge belohnt, die man sich angesichts der ursprünglichen Apathie der Kretinen nicht träumen ließ".*) Es wäre gewiß ein Segen, wenn in Kretinengegenden Hilfsschulen, als deren notwendige Vorstufe ich Hilfskindergärten betrachte, errichtet würden, um den medizinisch behandelten Kindern jene pädagogische Fürsorge zu sichern, die im Interesse ihrer geistigen Entwicklung notwendig ist.**)

Eine zweite Gruppe schwachsinniger Kinder, die man erst in neuerer Zeit als selbständige Kategorie erkannt und beurteilt hat, sind die Mongoloiden. Sie gleichen einander derart, daß man auch auf sie das Wort Bournevilles anwenden kann: Wer einen gesehen hat, hat alle gesehen. Man kennt die im Wachstum zurückgebliebenen Kinder mit den Schlitzaugen, dem Epikanthus, den spärlichen Augenwimpern, der eigentümlichen, wie aufgeschminkt aussehenden Wangenröte, der Überbiegbarkeit der Gelenke, der langen, sonderbar gefurchten Zunge, der rauhen, gutturalen, oft schwer verständlichen Sprache. Übereinstimmend sind auch die psychischen Symptome des Mongolismus. Es sind fast durchwegs heitere, anschmiegende, ruhige Geschöpfe, die nur bisweilen psychomotorische Hemmungen aufweisen und dann für kurze Zeit ein trotziges, widerspenstiges Betragen an den Tag legen. Nach dem Grade ihres Schwachsinns stehen sie zumeist an der Grenze zwischen Idiotie und Imbezillität. Aber auch hier gibt es leichtere Fälle, Formes frustes, wenn sie auch bei weitem nicht so häufig sind wie beim Kretinismus. Ich habe vor Jahren einen Knaben gesehen, bei dem die mongoloiden Eigentümlichkeiten nur andeutungsweise vorhanden waren. In seiner geistigen Entwicklung stand er weit höher als alle Mongoloiden, die ich vor- und nachher kennen gelernt habe.

---

*) Desgl. S. 69.

**) Wie ich nachträglich erfahre, steht in zwei Hauptorten steirischer Kretinenbezirke (Judenburg und Knittelfeld) die Errichtung von Hilfsschulen unmittelbar bevor.

In der Regel machen die Mongoloiden der medizinischen und pädagogischen Behandlung große Schwierigkeiten. Nur in den ersten Lebensjahren scheint eine Thyreoidinbehandlung von Erfolg begleitet zu sein. Späterhin ist sie sicherlich ganz wirkungslos und wegen der eigenartigen Konstitution der Mongoloiden nicht ganz unbedenklich. In pädagogischer Hinsicht wird man mit der Prognose sehr vorsichtig sein müssen. In der ersten Unterrichtszeit glaubt man es mit exquisit bildungsfähigen Kindern zu tun zu haben, die Fortschritte sind evident. Aber überraschend schnell wird gleichsam ein Sättigungspunkt erreicht; die Mongoloiden sind dann nur sehr mühsam und in kleinsten Schritten vorwärts zu bringen. Sehr merkwürdig ist es um die Sprachstörung der Mongoloiden bestellt; man wird sie nur schwer definieren können, sie bietet von jeder Anomalie etwas. Die Therapie begegnet den größten Schwierigkeiten und führt nur selten zum Erfolg.

Nach Vogt ist der Mongolismus als eine degenerative Erkrankung anzusehen. Die betreffenden Kinder stammen oft von alten oder durch Krankheit erschöpften Eltern ab oder stehen am Ende einer langen Kinderreihe. Zahlreiche Anzeichen weisen darauf hin, daß die Entwicklung der Mongoloiden eine Hemmung erfuhr. Zeit und Ursache derselben sind vorläufig nicht näher nachzuweisen.*)

In aller Kürze möchte ich noch auf eine besondere Form des infantilen Schwachsinnes aufmerksam machen, die Weygandt und ich als Dementia infantilis beschrieben haben.**) Es handelt sich hier um Kinder, deren Entwicklung in den ersten Lebensjahren normal oder annähernd normal erfolgt. Im 3. oder 4. Lebensjahr machen sie eine eigenartige Geistesstörung durch und zeigen nachher die Symptome schweren Schwachsinns, der durch bizarre Gewohnheiten, große Unruhe und andere Eigentümlichkeiten sein besonderes Kolorit erhält. Merkwürdig ist, daß auch im Stadium tiefer Demenz das

*) H. Vogt, Der Mongolismus, Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. I, 1907, S. 445 ff.

**) Weygandt, Idiotie und Dementia praecox. a. a. O., S. 330 f.
Th. Heller, Über Dementia infantilis. a. a. O., II. Bd., 1. Heft.

intelligente Aussehen der Kinder erhalten bleibt. Durch eine entsprechende Erziehung läßt sich das Überhandnehmen unangenehmer Gewohnheiten hintanhalten und ein ruhigeres, gleichmäßigeres Betragen erzielen; in einem derartigen Fall ist es auch gelungen, das betreffende Kind wieder in den Besitz der Sprache zu setzen.

Fritz Hartmann hat uns eine vortreffliche Darstellung des Infantilismus gegeben.*) Anton, der sich gleichfalls mit dieser Störung eingehend befaßt hat, hebt den Unterschied zwischen psychischem Infantilismus und dem Schwachsinn folgendermaßen hervor: „Bei ersterem ist die Entfaltung der einzelnen psychischen Leistungen kleindimensional, es liegt eine Miniaturpsyche vor, aber mit einer ziemlich gleichsinnigen Verkümmerung, mit einer primitiven, aber im ganzen harmonischen Psyche; bei letzterem ist der den Vollsinnigen gemeinsame Psychomechanismus verändert, in seinen Beziehungen verzerrt, es liegt eine andere geistige Physiognomie vor."**)

Wenden wir uns nunmehr jenen Untersuchungen zu, die für den Heilpädagogen von speziellem Interesse sind. Ein besonderes Studium erfordert die Sprache der Schwachsinnigen. Seit Esquirol wird immer wieder der Versuch gemacht, die Grade des infantilen Schwachsinnes nach dem Zustand der Sprache zu beurteilen. Dieser Einteilungsgrund ist nicht akzeptabel. Ich erinnere hier nur an die Tatsache, daß es Idioten gibt, die trotz ihres schweren Intelligenzdefektes sprechen können, während andererseits Kinder, deren Betragen und Handlungen eine gewisse Verstandesentwicklung verraten, sprachlos bleiben. Die letzteren Fälle sind nun von großem Interesse, nicht bloß in theoretischer, sondern auch in praktischer Hinsicht. Wir müssen bei Kindern, deren Hörorgane und Artikulationswerkzeuge normal sind, und die trotz hinreichender Intelligenz nicht sprechen, annehmen, daß es sich um begrenzte Defekte in der zentralen Sprachregion handelt. Die durch Schädigung der Sprachzentren und ihrer Leitungs-

*) Bericht über die dritte Konferenz für Schwachsinnigenfürsorge in Graz, 1908.

**) Anton, Vier Vorträge über Entwicklungsstörungen beim Kinde. II. Über geistigen Infantilismus. Berlin, S. Karger, 1908, S. 35.

bahnen bedingten Sprachstörungen bezeichnet man als **Aphasie**. Die Aphasieformen, die man bei Erwachsenen beobachtet und festgestellt hat, sind fast alle auch bei Kindern anzutreffen. Ein wesentlicher Unterschied besteht allerdings darin, daß bei Erwachsenen die Sprachfunktion bereits bestanden hat und durch die zentralen Defekte gehemmt oder krankhaft verändert wird, während sie bei Kindern die spontane Entwicklung der Sprache auf dem natürlichen Wege verhindern.*)

Als solche aphasische Störungen stellen sich dar: die psychische Taubheit oder Worttaubheit, die Unempfänglichkeit für die Sprache bei zweifellos vorhandenem Gehör für nichtsprachliche Töne und Geräusche, die Hörstummheit, das Unvermögen zu sprechen bei oft ziemlich weit vorgeschrittenem Sprachverständnis. Es kommen aber auch viel kompliziertere Aphasien vor. So habe ich z. B. Fälle beobachtet, in welchen trotz des Vermögens, gehörte Wörter nachzusprechen, kein akustisches Wortgedächtnis zustande kam und die Sprache durch Absehunterricht, ferner auf dem Umweg des Lesens und Schreibens vermittelt werden mußte. Keineswegs zu den Seltenheiten gehören Fälle, in denen Kinder eher zum Lesen und Schreiben als zum korrekten Sprechen zu bringen sind. Hier handelt es sich um eine in den verschiedensten Graden vorkommende Schwäche der akustischen Wortperzeption, die bei normal hörenden Kindern stets als aphasische Störung beurteilt werden muß.

Das Studium der Aphasie im Kindesalter ist von hohem psychologischen Interesse. Wir lernen hier den umfangreichen zentralen Mechanismus kennen, der zur spontanen Erwerbung der Sprache erforderlich ist. Die Behandlung der Aphasie er-

---

*) Leopold Treitel, Über Aphasie im Kindesalter. Sammlung klinischer Vorträge, 64. Heft, Leipzig 1893.

Th. Heller, Über Aphasie bei Idioten und Imbezillen. Zeitschr. für Psychologie, XIII. Band, 1897, S 175 f. — Grundriß der Heilpädagogik, 4. Kapitel, S. 86 ff. — Zwei Fälle von Aphasie im Kindesalter. Wiener klin. Rundschau, 1905, Nr. 49.

Liebmann, Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädag. Psychologie und Physiologie, herausgegeben von H. Schiller und Th. Ziehen. IV. Band, 3. Heft.

scheint mir als eine der aussichtsreichsten Aufgaben der Heilpädagogik, weil es bei entsprechendem Vorgehen fast immer möglich ist, die gestörte Sprachfunktion wieder herzustellen. In neuerer Zeit haben verschiedene ärztliche Autoren die Sinnesdefekte der Schwachsinnigen zum Gegenstande eingehender Untersuchungen gemacht. Sehr auffallend ist die hohe Zahl schwerhöriger Kinder in den Hilfsschulen. Wanner fand in zwei Hilfsklassen unter 39 Kindern 27 schwerhörig; Hartmanns Untersuchung ergab unter 205 Kindern 41 schwerhörig; auch die Prüfungen von Nadoleczny, Brühl, Nawratzky haben einen hohen Prozentsatz Schwerhöriger in den untersuchten Hilfsklassen festgestellt.

Die Anomalien des Sehens bei schwachsinnigen Kindern haben Wanner, Schleich, Lang, Mürau und mit besonderer Genauigkeit Gelpke*) untersucht. Sie ermittelten, daß Sehschwäche bei Schwachsinnigen gleichfalls sehr häufig vorkommt.

Eine Untersuchung des Tastsinnes der Schwachsinnigen liegt von Ley vor.

Die meisten Autoren, welche die Seh- und Hörorgane der Schwachsinnigen geprüft haben, erwähnen die außerordentlichen Schwierigkeiten, mit welchen ihre Feststellungen verbunden waren. Zwischen den Sinnes- und den Intelligenzdefekten besteht eine Wechselbeziehung; einerseits erscheint der Sinnesdefekt bei schwachsinnigen Kindern oft schwerer, als er an und für sich ist; andererseits wirken Mängel der Sinnesperzeption hemmend auf die Intelligenzentwicklung. Dies zeigt sich besonders deutlich in dem Verhältnis zwischen Schwerhörigkeit und geistiger Zurückgebliebenheit. Kobrak**) hat in letzter Zeit darauf hingewiesen, daß viele schwerhörige Hilfsschüler sich späterhin zu den besten ihrer Klasse aufschwingen; bei diesen hat der Hördefekt zu einer Verkennung des psychischen Zustandes geführt, ihr Schwachsinn ist ein nur scheinbarer, und bei entsprechendem Unterricht erweisen sich ihre

*) Über die Beziehungen des Sehorgans zum jugendlichen Schwachsinn. Halle a S., Marhold. 1904.

**) Beziehungen zwischen Schwachsinn und Schwerhörigkeit. Zeitschr. für Schulgesundheitspflege, 1908. Nr 2.

intellektuellen Fähigkeiten als normal. Im Gegensatz hierzu entsteht bei schwerhörigen schwachsinnigen Kindern nicht selten das Bild schwerer Idiotie und völliger Taubstummheit. Der Ohrenarzt ist nach einmaliger Prüfung oft gar nicht imstande, Hörreste festzustellen, weil es einerseits an der notwendigen Reizempfänglichkeit, andererseits an der erforderlichen Aufmerksamkeit fehlt, um bei der Hörprüfung eine verläßliche Reaktion zu erzielen. Bei manchen derartigen Kindern läßt sich durch eine entsprechende Erziehung der Aufmerksamkeit schließlich ein solches Verhalten herbeiführen, daß auch das Hörvermögen einer Behandlung zugänglich wird. Auf dieser Stufe sind dann Hörübungen möglich, die sich stets mit Anschauungsübungen kombinieren müssen, um nicht bloß das Hörvermögen, sondern auch die Intelligenzentwicklung in günstiger Weise zu beeinflussen. Es ist bei solchen Kindern kein seltener Befund, daß die Schwerhörigkeit im Laufe der Behandlung sukzessive abnimmt, so daß die Vermittlung der Sprache und die Erwerbung der elementaren Schulkenntnisse keine allzugroßen Schwierigkeiten bereiten.

Zusammenfassend*) können wir sagen: Neben der bei Schwachsinnigen vorkommenden echten Taubstummheit, deren Häufigkeit die Forderung nach besonderen Anstalten für taubstumme Schwachsinnige rechtfertigt, gibt es eine Pseudotaubheit, die im Gegensatz zu ersterer eine günstige Prognose zuläßt. Die Unterscheidung beider Formen ist oft erst nach längerer Beobachtung möglich.

Eine den Fortgang des Unterrichtes besonders störende Erscheinung ist die leichte Ermüdbarkeit der Schwachsinnigen, welche Stadelmann Veranlassung gibt, von einer Ermüdungsanlage bei derartigen Kindern zu sprechen.**)

---

*) Nach Pongratz (Allgemeine Statistik über die Taubstummen Bayerns, München, 1906) beträgt der Prozentsatz der Schwachsinnigen unter den Taubstummen 12.45 %, d. i. 86 mal soviel als der Prozentsatz der Schwachsinnigen im ganzen Volke ausmacht.

**) Wie kann die unterrichtliche Behandlung abnormer Kinder die Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten unterstützen? Vortrag auf dem 1. Schulhygienekongreß in Nürnberg. — Ferner: Schwachbeanlagte Kinder. Der Arzt als Erzieher, Heft 14.

Es bedarf heute keines Wortes näherer Begründung, daß der Unterricht in den für normale Schüler bestimmten Schulen für Schwachsinnige nicht geeignet ist; hat doch diese Erwägung zur Schaffung und raschen Ausbreitung der Hilfsschulinstitution geführt. Es entsteht nun die Frage, ob der Hilfsschulunterricht in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung in einem richtigen Verhältnis zur Leistungsfähigkeit der Schüler steht. Ein hygienisch einwandfreier Unterricht darf keine höheren Ermüdungsgrade herbeiführen, er muß jede Überbürdung vermeiden. Diese Frage ist besonders bei schwachsinnigen Kindern wichtig, deren psychisches Verhalten, wie bereits gesagt wurde, durch eine abnorm leichte Ermüdbarkeit charakterisiert ist.

Der Kinderarzt Schlesinger hat nun Schüler der Straßburger Hilfsschule einer experimentellen Untersuchung*) unterzogen, die nach der bekannten ästhesiometrischen Methode von Griesbach stattfand. Die Untersuchung erstreckte sich auf 54 Kinder; 16 der untersten Klasse mußten — als ungeeignet für die Prüfung — gleich anfangs zurückgestellt werden. Schlesinger ermittelte, daß sich bei den Schülern der Hilfsschule keine höheren Ermüdungsgrade infolge des Unterrichtes zeigen und von Überbürdung keine Rede sein könne. Zwei Punkte erfordern unsere besondere Beachtung. Erstens die relativ hohen Schwellenwerte zu Beginn des Unterrichtes, die darauf hinweisen, daß dem Schlafbedürfnis vieler Hilfsschüler nicht Genüge geschieht, zweitens die unverhältnismäßige Zunahme der Ermüdung während des Nachmittagsunterrichtes. In letzter Hinsicht wird die von mir bereits

---

*) Ästhesiometrische Untersuchungen und Ermüdungsmessungen an schwachsinnigen Schulkindern. Archiv für Kinderheilkunde, Band XLI, Heft 3/4.

Ich habe bereits im Jahre 1899 gleichfalls ästhesiometrische Versuche an einer kleinen Anzahl schwachsinniger Kinder angestellt und damals die Ergebnisse in der Wiener mediz. Presse Nr. 11—13 veröffentlicht.

Da die Zuverlässigkeit der ästhesiometrischen Methode von einzelnen Forschern (z. B. Weygandt) in Zweifel gezogen wurde, habe ich späterhin die Resultate meiner damaligen Untersuchung nach der Methode von Sikorsky überprüft und im wesentlichen bestätigt gefunden. (Vergl. den Artikel über Ermüdungsmessungen im Enzykl. Handb. der Heilpädagogik. Halle a. S., Marhold.)

früher aufgestellte Forderung Berücksichtigung verdienen, die Nachmittage nicht dem eigentlichen Unterricht, sondern eher dem Spiel und leichten Beschäftigungen zu widmen. Eine Mittagspause von zwei Stunden ist nach Schlesinger unzureichend; er verlangt eine Erstreckung derselben auf drei Stunden.

Interessant sind die Beobachtungen, die Professor Guttmann an schwachsinnigen Kindern beim Turnen angestellt hat.*) Er weist auf die Wichtigkeit körperlicher Übungen bei schwachsinnigen Kindern hin und bestätigt damit die Anschauungen, welche die Heilpädagogik über die Bedeutung der Koordinationsübungen für die Intelligenzentwicklung längst gewonnen hat.

Die experimentelle Pädagogik zieht nunmehr auch die Leistungen des schwachsinnigen Kindes in den Umkreis ihrer Betrachtungen. So hat der um die Heilpädagogik verdiente Budapester Nervenarzt Ranschburg vergleichende Untersuchungen an normalen und an schwachbefähigten Kindern angestellt und hierbei insbesondere die Ergebnisse des Rechenunterrichtes berücksichtigt.**)

Die Rechenleistungen des schwachsinnigen Kindes unterscheiden sich in charakteristischer Weise von denen normaler Schüler und bieten interessante Einblicke in den psychischen Mechanismus der untersuchten Kinder, die der 4. Hilfsschulklasse angehörten. Weitere vergleichende Feststellungen Ranschburgs beziehen sich auf Wort- und Vorstellungsschatz, Auffassungsfähigkeit und Aussage, Wortgedächtnis und Reproduktion, elementare Rechenfunktionen, Auffassungs- und Kombinationsfähigkeit für graphische Eindrücke.***)

Für die Psychologie der Aussage sind Ranschburgs Angaben von hohem Wert, die mit Hilfe der Sternschen Methode an den Schülern der 4. und 5. Hilfsklasse

*) Messungen an normalen und abnormalen Kindern. „Die Medizin für Alle", Band I, 19—20.

**) Zeitschrift für Kinderforschung, 1905, Oktoberheft.

***) Estratto dagli atti del V. Congresso internazionale di psicologia. Roma, April 1905.

gewonnen wurden. Ranschburg weist nicht bloß die Unzuverlässigkeit der Aussagen schwachsinniger Kinder nach, sondern auch deren große Suggestibilität. Diese Untersuchungen sind, sofern es sich um Aussagen schwachsinniger Kinder vor Gericht handelt, von forensischer Bedeutung.

Für den Psychologen und Pädagogen gleichermaßen wichtig sind die Untersuchungen von Arno Fuchs über Dispositionsschwankungen bei normalen und schwachsinnigen Kindern.*) Er sucht auf dem Wege genauer Analyse festzustellen, welche Faktoren die oft starken Dispositionsschwankungen schwachsinniger Kinder veranlassen; er wird hierbei meines Erachtens den immanenten Ursachen der Dispositionsschwankungen zu wenig gerecht, die sich aus dem Nervenzustand der Kinder selbst ergeben. Diese ungleiche Disposition macht sich bei vielen schwachsinnigen Kindern in starken Schwankungen der Aufmerksamkeit und der Auffassungsfähigkeit geltend.**) Sicherlich läßt sich durch ein entsprechendes heilpädagogisches Verfahren, wie ich bereits in einem anderen Zusammenhang gesagt habe, die Aufmerksamkeit bis zu einem gewissen Grad erziehen; aber immerhin wird es als Vorbedingung für einen fruchtbaren Unterricht gelten müssen, die Zeiten günstiger Disposition für die Vermittlung neuer Kenntnisse und Fertigkeiten zu benutzen und der schlechten Disposition durch eine entsprechende Schonung beim Unterricht Rechnung zu tragen.

Jede Überbürdung geistig abnormaler Kinder muß vermieden werden, weil diese nicht bloß eine Steigerung der nervösen Symptome, sondern in einzelnen Fällen sogar psychotische Erscheinungen zur Folge haben kann.***)

Leider sind gerade schwachsinnige Kinder in dem Bestreben ihrer Eltern, sie durch einen besonders intensiven und langandauernden Unterricht normalen Kindern derselben Altersstufe gleichzubringen, oft der ärgsten Überbürdung ausgesetzt. Ein solches Vorgehen führt, wie hervorragende Forscher (Oppen-

*) Beiträge zur pädagogischen Pathologie. V. Heft. Gütersloh, 1904.

**) Th. Heller, Über Schwankungen der Sinnesschärfe Schwachsinniger. Zeitschr. für päd. Psych. und Path., II, 1900, S. 190f.

***) Th. Heller, Überbürdungspsychosen bei minderwertigen Kindern. Zeitschr. für Schulgesundheitspflege, XVIII. Band, 1905, S. 649ff.

heim*), Benda**) u. a.) nachgewiesen haben, zu den schwersten Formen der Kindernervosität.

Im Gegensatz zu der früher vertretenen Ansicht, daß Hysterie nur bei intelligenten Kindern angetroffen werde, ist man gegenwärtig auf das häufige Vorkommen hysterischer Züge bei schwachsinnigen Kindern aufmerksam geworden.***) Einen sehr interessanten derartigen Fall habe ich vor kurzem beobachten können. Ein mikrozephales, zweifellos von Geburt an schwachsinniges Kind machte im Frühjahr vorigen Jahres ein schweres psychisches Trauma durch; dies geschah in Abwesenheit der Eltern, die von der damals mit der Aufsicht des Kindes betrauten Person keine zuverlässige Auskunft über das betreffende Ereignis erhalten konnten. Es entwickelten sich nun zwei nach Ansicht der zu Rate gezogenen Nervenärzte ausgesprochen hysterische Symptome: Stummheit trotz früher bestandenen ausreichenden Sprachvermögens und Verweigerung der Nahrung, so daß dem Kind nur mit größter Mühe das Allernotwendigste zwangsweise beigebracht werden konnte.†) Nach mehrmonatiger Anstaltsbehandlung stellten sich die Sprache und das Nahrungsbedürfnis wieder ein. Nach Wegfall der sekundären Störungen ließ sich die intellektuelle Minderwertigkeit des Kindes deutlich konstatieren. Es würde zu weit führen, an dieser Stelle über die Behandlung hysterisch-schwachsinniger Kinder zu sprechen.

Seit dem Inslebentreten des preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes ist die Schwachsinnigenfrage von einem neuen Gesichtspunkte aus in Betracht gezogen worden. Es kann heute

---

*) Nervenleiden und Erziehung. Berlin, Karger.

**) Nervenhygiene und Schule. Berlin, O. Coblentz. — Die Schwachbegabten auf den höheren Schulen. Leipzig, B. G. Teubner, 1902.

***) Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. 2. Aufl. Halle a. S., Marhold, 1906, S. 27.

Ziehen, Die Erkennung des angeborenen Schwachsinns. Vortrag, gehalten am 26. Okt. 1906 in der Freien Vereinigung der Berliner Schulärzte. Ref. Zeitschr. f. Schulgesundh., 1907, Nr. 1.

†) Der angeführte Fall ist auch darum von besonderem Interesse, weil im Gegensatz zu der sonst bei Kindern nur monosymptomatisch auftretenden Hysterie hier zwei Symptome (Mutismus und Anorexie) nebeneinander bestanden.

keinem Zweifel mehr unterliegen, daß das preußische Fürsorge-Erziehungsgesetz seine Bestimmung nicht erfüllt. Die Begeisterung, die man früher dieser legislatorischen Tat zollte, hat sich in der letzten Zeit merklich abgekühlt.*) Immer deutlicher wird die Erkenntnis, daß mit juristischen und administrativen Maßregeln allein die Verwahrlosung der Jugendlichen nicht bekämpft werden kann. Es ist unmittelbar klar, daß es sich bei der Fürsorgeerziehung zunächst um ein pädagogisches Problem handelt. Aber noch mehr: Wer das in der letzten Zeit gesammelte Material genauer studiert, wird zugeben müssen, daß Psychiatrie und Heilpädagogik an der Fürsorgeerziehung vornehmlich interessiert sind, weil mindestens die Hälfte der Verwahrlosten in die Kategorie der psychopathischen Jugendlichen gehört.**) Seit Mönkemöllers fundamentalen Untersuchungen***) haben verschiedene Psychiater die Insassen der Besserungs- und Fürsorgeerziehungsanstalten auf ihren Geisteszustand geprüft und gefunden, daß ein hoher Prozentsatz psychische Regelwidrigkeiten aufweist, unter welchen Dementia praecox, Epilepsie, Hysterie und vor allem die Imbezillität in Betracht kommen. Bei eingehender pädagogischer Prüfung würde sich zweifellos ein noch höherer Prozentsatz ergeben, da angenommen werden kann, daß die psychopathischen Minderwertigkeiten im Sinne Kochs, die in eine bestimmte klinische Gruppe nicht eingeteilt werden können, die Mehrzahl der jugendlichen Rechtsbrecher und Übeltäter bilden.

Ich habe in einer Abhandlung, die in der Österreichischen Rundschau 1906 erschienen ist, den Versuch gemacht, den Be-

*) Vergleiche hierzu: Koehne, Ist eine Änderung des preußischen Fürsorgegesetzes notwendig? Deutsche Juristenzeitung, 1908, Nr. 4, und Trüper, Bemerkungen. Zeitschrift f. Kinderforschung, XIII, Heft 8.

**) Kluge, Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Zeitschr. für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. I, 382 ff.

***) Geistesstörung u. Verbrechen im Kindesalter. Sammlung Schiller-Ziehen. VI. Band, 6. Heft, 1903.

Ich habe die betreffenden Daten zusammengestellt in Lindheims „Saluti juventutis“, S. 20. Vergl. ferner Clemens Neißer, Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge. Halle a. S., Marhold, 1907.

griff der Verwahrlosung zu analysieren, und bin zu dem Resultat gelangt, daß sich die Verwahrlosung in der Regel darstellt als ein Produkt zweier Faktoren: der degenerativen Anlage, welche wir bei den meisten Psychopathien des Jugendalters antreffen, und der schädlichen Einflüsse verkehrter Erziehung oder eines ungeeigneten Milieus. Jeder dieser Faktoren kann nun für sich so stark sein, daß er allein zur Verwahrlosung führt. Ziehen wir den jugendlichen Schwachsinn in Betracht, so müssen wir zugeben, daß hier die Tendenz zur Verwahrlosung besonders ausgeprägt ist. Sollier hat dies bekanntlich in der Weise ausgedrückt, daß er sagte: Die Imbezillen sind Antisoziale, Feinde der menschlichen Gesellschaft*), eine Behauptung, die in dieser Allgemeinheit sicher nicht zutrifft, das spätere Verhalten einer großen Zahl unerzogener oder mangelhaft erzogener Schwachsinniger aber kurz und treffend charakterisiert. Ziehen hebt hervor, daß bei den leichtesten Formen des Schwachsinns, der Debilität, die ethische Minderwertigkeit eines der auffälligsten und charakteristischsten Symptome bildet.**)

Wenn wir den Ursachen nachgehen, so können wir zunächst feststellen, daß die Mehrzahl der schwachsinnigen Kinder der Erziehung nicht unbeträchtliche Schwierigkeiten bereitet. Wir treffen immer wieder auf Kinder, die inmitten wohlgeordneter Familienverhältnisse, umgeben von gutgearteten Geschwistern, trotz der redlichsten Absichten der Eltern und Erzieher nicht entsprechend erzogen werden können. Wir haben es hier oft mit einer Entwicklungshemmung in dem Sinne zu tun, daß die Kinder über die egozentrischen sinnlichen Gefühle der Lust und Unlust nicht hinauskommen; die höheren sozialen

*) Der Idiot und der Imbezille. Hamburg, Voß, 1891.

Die Konsequenzen, zu welchen S. auf Grund seiner Theorie gelangt, sind unhaltbar. Vergl. m. Grundr. der Heilpädagogik, S. 47f., und Anton, Entwicklungsstörungen beim Kinde, S. 70. Richtiger wäre, wenn Sollier nicht sagte, daß Imbezille antisozial sind, sondern werden, wenn es ihnen an der richtigen Erziehung zur rechten Zeit gefehlt hat.

**) „Bei dem debilen Kind zeigt sich der ethische Defekt schon in frühester Kindheit, unabhängig von Verwahrlosung, Verführung etc." Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. 1. Heft. Reuther & Reichard, 1902, S. 50.

altruistischen Gefühle sind ihrem Wesen fremd. In anderen Fällen beobachtet man, daß überraschend schnell, manchmal schon in den ersten Lebensjahren, gewisse sthenische, erregende Affekte in den Vordergrund gelangen und das gesamte Seelenleben beherrschen. Es sind dies die leicht erregbaren, impulsiven, leidenschaftlichen Kinder, bei denen es auf geringe Anlässe hin zu Zornesausbrüchen kommt, die jeder planmäßigen Erziehung ein Ziel setzen.

Ich sollte hier noch auf alle jene merkwürdigen Verschiebungen, Dissoziationen im Seelenleben der schwachsinnigen Kinder hinweisen, die sich in der Gefühlssphäre vor allem geltend machen. Es sei nur kurz erwähnt, daß die Erziehung der schwachsinnigen Kinder so schwierige Probleme in sich schließt, daß hier die Elternpädagogik versagen muß.

Wenn nun bei Kindern von solcher psychischen Konstitution noch schlechte Erziehungseinflüsse oder ein ungeeignetes Milieu hinzutreten, was bei den für die Fürsorgeerziehung in Betracht kommenden Kindern die Regel ist, so kann es nicht wundernehmen, daß auf diese Weise die schwersten und krassesten Fälle von Verwahrlosung entstehen.*)

Der Zwang, in ungeeigneten Verhältnissen zu leben, die Unfähigkeit, sich zu akkommodieren, sind bei schwachsinnigen Kindern vielfach als die nächsten Ursachen der Verwahrlosung im weitesten Sinne des Wortes anzusehen. Man muß dabei nicht allein an das Elendsmilieu**) denken; in den Kreisen der Reichen und Wohlhabenden werden oft nach jeder Richtung hin allzu hohe Anforderungen an geistig minderwertige Kinder gestellt, die für letztere eine beständige Überbürdung bedeuten; das triebartige Bestreben, Unangenehmes abzureagieren, führt dann zu antisozialen Handlungen, wie ich in meiner Abhandlung über Überbürdungspsychosen gezeigt habe.

Als typisches Beispiel möchte ich einen imbezillen Knaben anführen, der, solange ihn seine ehrgeizigen Eltern zum Gym-

---

*) Vergl. meinen im Text zitierten Aufsatz: Über die Ursachen der Verwahrlosung der Jugendlichen. Öst. Rundschau, Heft 100/101, 1906.

**) Auf die mißlichen häuslichen Verhältnisse vieler Hilfsschüler haben Schmid-Monnard und andere, in letzter Zeit Schlesinger (Schwachbegabte Schulkinder, S. 6 ff.) hingewiesen.

nasialstudium zwangen, das Bild schwerer, ethischer Defektuosität darbot. Später wurde er der seinen Wünschen und Anlagen sehr entsprechenden Gärtnerei zugeführt; seither ist er ein ruhiger, sittlich integrer Mensch von tadelloser Lebensführung geworden.

Der Begriff moral insanity, der in psychiatrischer Hinsicht in der letzten Zeit eine weitgehende Einschränkung erfahren hat*), bedarf in pädagogischer Beziehung dringend der Revision. Wenn wir Fälle von scheinbar ausgesprochener moral insanity einer Analyse unterziehen, so werden wir häufig finden, daß es sich hier um psychopathische Kinder handelt, die von früh an in ungeeigneten Verhältnissen gelebt haben oder in ungeeigneter Weise erzogen worden sind. Wir dürfen nie vergessen, daß ein psychopathisches Kind anderer Erziehungseinflüsse bedarf als ein normales; daß ein Milieu, welches bei oberflächlicher Betrachtung einwandfrei erscheint, bei näherem Zusehen eine Reihe schädlicher Momente in sich bergen kann. Wo die einfache Familienerziehung versagt, kann die Heilerziehung noch ausgleichend, nach der einen Seite hemmend, nach der anderen Seite fördernd wirken. Gerade in einer Zeit, in welcher die Familienerziehung sichtlich in Verfall gerät, wo, um mich eines Wortes Strümpells zu bedienen, das Kind viel zu früh aufhört, Kind zu sein, und vorschnell in die Welt der Erwachsenen hineinwächst, wird man bei der ursächlichen Beurteilung der ethischen Defektuosität eines Kindes nicht vorsichtig genug sein können.

Die Erkenntnis, daß es sich bei den Fürsorgezöglingen der Mehrzahl nach um Psychopathen handelt, führt zu der Forderung, Psychiatrie und Heilpädagogik als entscheidende Instanzen zu berücksichtigen. Daß die Milieuänderung die notwendige Voraussetzung jeder Fürsorgeerziehung ist, wird von allen kompetenten Faktoren zugegeben. Die Erziehung in fremden Familien kann — wenigstens in bezug auf die österreichischen Verhältnisse — kaum in Betracht kommen, was der ehemalige Prager Straf-

*) Hier sei auch die Kritik Naeckes erwähnt. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XVIII. Heft. Wiesbaden, Bergmann, 1902.

rechtslehrer Zucker*) und der frühere n.-ö. Landesausschuß Schöffel**) in überzeugender Weise dargetan haben.

Besserungsanstalten sind, wie in letzter Zeit immer wieder mit Nachdruck hervorgehoben worden ist***), keine Aufenthaltsorte für Psychopathen. Für letztere müssen wir unbedingt die Errichtung wohlorganisierter Heilerziehungsanstalten verlangen, in denen Psychiater und Pädagoge Hand in Hand arbeiten.†) Wir werden nach den günstigen Erfahrungen, die mit der Beschäftigungstherapie im allgemeinen und insbesondere bei jugendlichen Psychopathen gemacht worden sind††), verlangen müssen, daß diese Anstalten Arbeitsgelegenheiten in großer Zahl und mit der Möglichkeit einer entsprechenden Individualisierung bereit halten. Mit dieser Einrichtung wäre eine der Hauptquellen der Verwahrlosung zum Versiegen gebracht und die Möglichkeit geboten, daß ein großer Teil sonst unproduktiver und erhaltungsbedürftiger Elemente der nützlichen Arbeit wiedergegeben wird. Die Hilfsschulen würden aber von einem Material befreit, das besondere erziehliche Maßnahmen erfordert, für welche die knapp bemessene Schulzeit nicht ausreicht, und damit freier und ungehemmter ihren eigentlichen Aufgaben sich zuwenden können.

---

*) Alois Zucker, Über die Behandlung der verbrecherischen und arg verwahrlosten Jugend in Österreich. Manzsche Buchhandlung, 1894, S. 65.

**) Zitiert nach Altmanns Gutachten in „Saluti juventutis“, S. 472.

***) Dr. Heinrich Reicher, Die Theorie der Verwahrlosung und das System der Ersatzerziehung. Wien, Manzsche Buchh., 1908, S. 205.

†) E. Raimann, Die Behandlung und Unterbringung des geistig Minderwertigen. Wien, Fr. Deuticke, 1907, S. 10.

††) Grohmann, Technisches und Psychologisches in der Beschäftigung von Nervenkranken. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1899.

Th. Heller, Die Wirkung der Beschäftigungstherapie bei abnormen Kindern. Bericht über die 77. Versamml. d. Gesellsch. deutscher Naturforscher und Ärzte. Meran, 1905, S. 225 ff.

II.

Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik.*)

Seit dem Inslebentreten des preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes sind mehr als sieben Jahre verstrichen. Die stolzen Erwartungen, die an dieses Gesetz geknüpft wurden, haben sich nicht erfüllt. Insbesondere ist die Kriminalität der Jugendlichen seither nicht in dem Maße zurückgegangen, als von den begeisterten Vertretern des Fürsorgeerziehungsgesetzes von Anfang an erwartet wurde. Nach einem geringfügigen Abfall in den Jahren 1902 bis 1904 ist seit dem Jahre 1905 die Zahl der von Jugendlichen verübten, strafrechtlich geahndeten Vergehen und Verbrechen wieder in Zunahme begriffen. Während die Verurteiltenziffer der Gesamtzahl um 1,1 % herabsank, wuchs die der Jugendlichen um 1,3 %.**)

---

*) Das folgende, für den Irrenpflegekongreß (Wien, 1908) bestimmte Referat diene zur Ergänzung der letzten Abschnitte vorstehender Abhandlung.

**) Das Ansteigen der Kriminalität der Jugendlichen um einen nur geringen Prozentsatz wäre an und für sich nicht allzu bedenklich, da auch in England nach der Einführung der Reformatory und Industrial Schools wiederholt die Kriminalität der Jugendlichen in geringem Grade anstieg, im allgemeinen aber in sehr beträchtlicher Weise sank. Die oben angegebenen Daten über die Zunahme der Kriminalität der Jugendlichen entsprechen aber nicht den wirklichen Verhältnissen. Die den obigen Angaben zugrunde liegenden Ziffern beziehen sich nur auf die nach dem Reichsstrafgesetzbuch Verurteilten und lassen die nach den Landesgesetzen Bestraften unberücksichtigt. In Wirklichkeit wäre also ein viel höheres Ansteigen der Straffälligkeit Jugendlicher zu konstatieren. (Vergleiche hierzu: Nether, Die Behandlung der straffälligen Jugend. München, Otto Gmelin, 1908, Seite 4.)

Diese Tatsache verdient um so ernstere Beachtung, als es zunächst juristische oder vielmehr kriminalistische Erwägungen waren, die zur Umwandlung der alten „Zwangserziehung“ in die „Fürsorgeerziehung“ führten.

Das Gesetz bekämpft nicht die Verwahrlosung in ihrem vollen Umfang, sondern nur jene letzten Ausläufer derselben, welche die Kriminalität der Jugendlichen im Gefolge haben. Wenn die Fürsorgeerziehung auch auf einer früheren Stufe einsetzt als die Zwangserziehung, so erfolgt dies, wie gegenwärtig immer wieder hervorgehoben wird, doch viel zu spät, um die Verwahrlosung der Jugendlichen rechtzeitig zu verhüten.

Reicher definiert den Begriff der Verwahrlosung folgendermaßen: Die Verwahrlosung der Jugendlichen ist ein Zustand der Erziehungsbedürftigkeit infolge vernachlässigter Erziehung durch die Eltern beziehungsweise deren Vertreter oder sonstigen Erzieher, der sich darin äußert, daß das verwahrloste Kind es an der in seinem Alter sonst üblichen sittlichen Reife fehlen läßt und damit zu einer Gefahr für weitere Kreise und die Allgemeinheit wird.*) Diese Begriffsbestimmung wäre ausreichend, wenn es sich stets um die Verwahrlosung normal veranlagter Kinder handelte. Es gibt aber eine große Zahl von abnormen Jugendlichen, deren Zustand eine besondere Behandlung und besondere Erziehungseinflüsse erforderte, die von den unter gewöhnlichen Verhältnissen zur Erziehung berufenen Personen nicht gewährt werden können. In solchen Fällen trifft die Bezeichnung „vernachlässigte Erziehung“ in der üblichen Bedeutung nicht zu, und es wäre vielleicht angebracht, die Worte „nicht angemessen“ oder „unangemessen“ beizufügen. Hier gebricht es oft nicht an den erforderlichen Bemühungen der zunächst zur Erziehung der betreffenden Individuen berufenen Personen. Wohl aber fehlt es an Sachkenntnis, an der richtigen Fürsorge, die sich in den angeführten Fällen darin äußern müßte, daß die zur

*) Die Theorie der Verwahrlosung und das System der Ersatzerziehung. Wien, Manz, 1908, Seite 7 f.

Erziehung eines solchen Kindes unfähigen Personen ihre Erziehungsrechte an hierzu geeignete, fachlich ausgebildete Personen übertragen.

Auch das Kriterium der Gefahr oder Gefährlichkeit wäre am besten aus dieser Begriffsbestimmung zu eliminieren. Es gibt gewisse Zustände der Verwahrlosung, die eine Gefahr für weitere Kreise und die Allgemeinheit ausschließen. Hier besteht die Gefährdung nur für das Individuum selbst, dessen weitere gedeihliche Entwicklung in Frage gestellt oder völlig unterbunden wird. Nicht immer sind es unlautere Motive, welche einen solchen Zustand der Verwahrlosung herbeiführen. Übertriebene Liebe und Zärtlichkeit können bewirken, daß dem betreffenden Kinde nicht die richtige Pflege und Erziehung zuteil werden. Erwägungen dieser Art und einschlägige Erfahrungen haben das preußische Kammergericht bestimmt, in einer Entscheidung vom 3. Februar 1902 das Anwendungsgebiet des Fürsorgeerziehungsgesetzes weiter zu erstrecken, als dies in der ursprünglichen Auslegung des Gesetzes gegeben ist. Es heißt dort: „Die Zustände des Idiotismus, der Epilepsie, der Blindheit und der Taubheit erfordern regelmäßig eine sachverständige Erziehung und einen für solche Leidende besonders berechneten Unterricht, um dieselben, wenigstens soweit möglich, geistig auf die Höhe einer durchschnittlichen Volksschulbildung und in der seelischen Entwicklung bis zur Erkenntnis der Grundlehren der Religion und zu dem für den Verkehr mit anderen unerläßlichen Pflichtbewußtsein zu bringen, sie auch ein gewisses Maß an Handfertigkeit erlernen zu lassen. Ohne eine solche erziehliche und lehrhafte Pflegebehandlung gehen mit derartigen Leiden behaftete Kinder deshalb regelmäßig geistiger resp. sittlicher Verwahrlosung entgegen. Die Eltern, welche vielleicht aus Liebe zu dem Kind, welches sie nicht hergeben wollen, oder aus Unverstand es versäumen, dem Kind da, wo es die Umstände möglich machen, eine derartige für seine Zukunft höchst wertvolle Erziehung und Unterweisung zuteil werden zu lassen, mißbrauchen das Recht der Sorge für die Person des Kindes und vernachlässigen das Kind, und da durch dieses Verhalten das Wohl des Kindes gefährdet wird, ist

regelmäßig Anlaß zum Einschreiten nach §§ 1666 (1686, 1838) BGB. gegeben.*)

Im Sinne dieser Ausführungen wird der Umkreis der Fürsorgeerziehung bedeutend erweitert; sie ist überall dort am Platze, wo die erziehlichen Einwirkungen des Elternhauses aus dem einen oder dem anderen Grunde versagen. Besser als das Wort „Fürsorgeerziehung", das seine besondere, durch die Gesetzgebung ihm verliehene Bedeutung wohl für alle Zeiten tragen wird, drückt dies das Wort „Ersatzerziehung"**) aus. Die Familienerziehung wird, sofern es sich um normale Verhältnisse handelt, niemals aus ihren natürlichen Rechten verdrängt werden können. Wo aber unter den obwaltenden Verhältnissen der erziehliche Einfluß der Familie gelockert oder ganz aufgehoben ist, muß an dessen Stelle eine andere Erziehungsgewalt treten. „Das Recht des Vaters bezw. der Mutter, auf die körperliche und geistige Erziehung des Kindes bestimmend einzuwirken, findet seine Grenze an dem Recht des Staates, die Erziehung der Jugendlichen zu überwachen und dafür zu sorgen, daß jeder einzelne dereinst diejenige Qualifikation besitzt, die das Leben von ihm verlangt." (Mot. BGB. IV, Seite 624.)***)

Es ist zweifellos ein wichtiges Interesse des Staates, die Zahl der unproduktiven und antisozialen Elemente nach Tunlichkeit zu vermindern. Dieses Bestreben tritt gegenwärtig in allen Kulturländern mehr und mehr in den Vordergrund. Die Reform des Jugendstrafrechts steht aber heute weitaus voran. Es scheint fast, als wenn darüber andere nicht minder wichtige Fragen übersehen oder doch in den Hintergrund geschoben würden. Die Verwahrlosung der Jugendlichen bietet eine Reihe von Problemen, die nicht bloß für den Juristen, sondern auch

*) Zitiert nach dem Bericht von Dr. Friedrich Schiller (Breslau), abgedruckt in dem 64. Heft der Schriften des deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. Leipzig, Duncker und Humblot, 1903, Seite 24.

**) Ich entnehme diese Bezeichnung dem zitierten Werk von Dr. Heinrich Reicher.

***) Zitiert nach Petersen, Die öffentliche Fürsorge für die sittlich gefährdete und die gewerblich tätige Jugend. Leipzig, Teubner, 1907, Seite 15.

für den Pädagogen und Mediziner von größter Bedeutung sind. Das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz übersieht das Pathologische im jugendlichen Verbrechertum. Es umgeht die Mitwirkung des Pädagogen und Mediziners. Während durch einschlägige Forschungen längst nachgewiesen ist, daß mindestens 50% der für die Fürsorgeerziehung in Betracht kommenden Jugendlichen geistig nicht normal sind, wird auch im letzten Berichtsjahre neuerdings angegeben, daß nur 10% der Fürsorgezöglinge geistige Minderwertigkeit aufweisen. Der amtliche Bericht gesteht aber selbst zu, „daß, was geistige Minderwertigkeit anlangt, eine umfassende Untersuchung von psychiatrisch-sachverständiger Seite bisher nicht stattgefunden hat."*) Damit erscheint aber ein großes Unrecht zugegeben. Zunächst vom humanitären Standpunkt: denn auch der psychisch Kranke bedarf des Beistandes und der Hilfe. Aber auch praktische Rücksichten lassen die psychiatrische Untersuchung der Fürsorgezöglinge als dringend notwendig erscheinen. Erst auf Grund einer fachmännischen Untersuchung kann konstatiert werden, welche Maßregeln erforderlich sind, um die bedrohlichen Erscheinungen im Seelenleben des betreffenden Kindes zu beheben. Hier versagen alle rein administrativen Maßnahmen. Die Untersuchungen von Mönkemöller, Tippel u. a.**) weisen eine große Mannigfaltigkeit von Erkrankungen nach***), die der

---

*) In einem früheren, von Neißer (siehe unten) zitierten Bericht wird geradezu in Abrede gestellt, daß die Zahl der körperlich und geistig defekten Fürsorgezöglinge größer sei, als amtlich angegeben wird; es heißt dort: „Die vielverbreitete Annahme, daß unter den Fürsorgezöglingen eine große Zahl geistig und körperlich minderwertig sei, wird durch die Statistik der vorliegenden vier Jahre nicht bestätigt. Mögen in dem Gutachten der Ärzte, Lehrer, Geistlichen über die Zöglinge einzelne Irrtümer unterlaufen, sie ändern jedenfalls an der Tatsache, daß sie gegenüber den gesunden Zöglingen eine verschwindende Minderheit bilden, nichts." Die Ärzte waren keine Psychiater, die Lehrer keine Heilpädagogen.

**) Eine Zusammenstellung der einschlägigen Untersuchungen bei Clemens Neißer, Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge. Halle a. S., Marhold, 1907, S. 6ff.

***) Hier ist besonders auf die Abhandlung von Mönkemöller hinzuweisen: „Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter". Berlin, Reuter & Reichard, 1903.

Verwahrlosung der betreffenden Jugendlichen zugrunde liegen. Die Verschiedenheit der Befunde bedingt eine Verschiedenheit der Behandlungsweisen. Hier erscheint ein individualisierendes Vorgehen erforderlich; dieses setzt die fortgesetzte Mitwirkung des Psychiaters und des Heilpädagogen voraus. Nur die Interessen einer Kategorie geistig Abnormer, der Schwachsinnigen, haben durch die Fürsorgeerziehungsbestrebungen eine mächtige Förderung erfahren. Das Hilfsschulwesen hat sich seit dem Inslebentreten des Fürsorgeerziehungsgesetzes mächtig entwickelt, und man zählt gegenwärtig in Deutschland nicht weniger als 900 Hilfsschulklassen mit 20000 Schülern. Diese Tatsache ist an und für sich sehr erfreulich; sie erschöpft aber keineswegs das, was im Interesse der geistig Abnormen zu tun notwendig wäre. Die leicht Schwachsinnigen, die Debilen, bei denen die ethische Defektuosität im Vordergrund steht und die Gefahr der Verwahrlosung daher eine imminente ist, werden in der Hilfsschule nicht Platz finden, wo lediglich die intellektuelle Minderwertigkeit der Schüler die Voraussetzung für die Aufnahme bildet. Für jugendliche Epileptiker, bei denen die drohende Gemütsentartung durch entsprechende erziehliche Einwirkungen wenigstens zum Teil verhindert werden kann, bestehen nirgends Einrichtungen in hinreichender Zahl. Eine Erkrankung, die ganz besonders zu sittlicher Entartung prädisponiert, ist die Hysterie. Hier handelt es sich nicht bloß um Rücksichten auf das Individuum, sondern um die Möglichkeit einer psychischen Infektion, die erfahrungsgemäß sehr häufig von solchen Kranken ausgeht. Der Psychastheniker mit seiner krankhaften Willensschwäche ist besonders leicht der Verführung zugänglich, er unterliegt regelmäßig in schlechter Gesellschaft*), man kann für ihn nichts Unpassenderes tun, als ihn mit anderen minderwertigen Elementen zusammenzubringen, die in kurzer

*) Die Psychastheniker repräsentieren oft den passiven Typus der sogenannten moral insanity. — Ich vermeide es absichtlich, in diesem Zusammenhang von moral insanity zu sprechen. Psychiatrisch ist der Begriff wenig geklärt, pädagogisch hat er sich in vielen Fällen als verhängnisvoll erwiesen, insofern bei Individuen, die einer pädagogischen Einwirkung und Heilbehandlung wohl zugänglich gewesen wären, die vorschnelle Diagnose moral insanity deren pädagogische Preisgabe zur Folge hatte.

Zeit jede bessere Regung in seinem Innern ersticken. Auch die leichteren Formen der Hebephrenie sind bisweilen einer Behandlung zugänglich; fehlt die richtige Erkenntnis des Zustandes, dann ist es sehr wohl möglich, daß man die bekannten üblen Gewohnheiten der Hebephreniker für Böswilligkeiten nimmt und strenge bestraft, wodurch sich ihr Zustand immer mehr verschlechtert.

Diese Beispiele mögen genügen, um zu beweisen, daß die Errichtung von Hilfsschulen für Schwachsinnige, so wertvoll sie im Kampfe gegen die Verwahrlosung der Jugendlichen auch sind, an und für sich nicht genügen. Daneben sind heilpädagogische Anstalten dringend vonnöten, in denen die Wirksamkeit des Pädagogen mit der des psychiatrisch geschulten Arztes sich verbindet.

Macht sich der Staat, der den seiner Obhut anvertrauten Fürsorgezöglingen die in Anbetracht ihres krankhaften Zustandes notwendige Hilfe und Behandlung vorenthält, nicht einer ähnlichen Unterlassung schuldig, wie sie nach der obenerwähnten Entscheidung des Kammergerichtes den eigenen Familien als Vergehen angerechnet wird?

Die psychisch Kranken bedeuten aber zweifellos auch eine außerordentliche Erschwerung in der Durchführung der Fürsorgeerziehung. Wir werden nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, daß die sogenannten undisziplinierbaren Elemente der Mehrzahl nach psychopathisch sind. In den Pflegefamilien, denen zumeist jede besondere pädagogische Qualifikation fehlt, sind derartige Jugendliche dauernd nicht zu halten. Es bleibt also nur die Anstaltserziehung übrig. Insolange nun keine besonderen Einrichtungen bestehen, um die Psychopathen unter den Fürsorgezöglingen zu erkennen und ihnen die erforderliche Spezialbehandlung zuteil werden zu lassen, gelangen weitaus die meisten in Korrektions- und Zwangserziehungsanstalten. Wenn man bedenkt, wie verschiedenartig die Elemente sind, die in solchen Anstalten zusammentreffen, so wird man begreifen, daß eiserne Disziplin und größte Strenge notwendig sind, um hier auch nur einigermaßen Ordnung zu halten. Unter dieser Voraussetzung ist aber eine gedeihliche Behandlung der geistig Abnormen nicht möglich. Der Druck der Verhältnisse, das unge-

eignete Milieu wirken oft geradezu auslösend auf die antisozialen Anlagen; der Zustand wird nicht gebessert, sondern wesentlich verschlechtert. In solchen Fällen wird das Gegenteil von dem erreicht, was die Fürsorgeerziehung anstrebt.

Eine noch größere Bedeutung wird diesen Verhältnissen beizumessen sein, wenn man die Möglichkeit einer psychischen Infektion in Betracht zieht. Wir wissen, welche Verheerungen ein hysterisches Kind in Familien, Schulen, Pensionaten anrichten kann. Wird ein solches Kind mit allen seinen Fehlern und Regelwidrigkeiten, ohne jedwede Heilbehandlung in ein Milieu versetzt, das ihm von Anfang an widerstrebt, dann ist nichts leichter möglich, als daß die Mitzöglinge alsbald in den Bannkreis dieses Kindes geraten. Welche Schädigungen der Disziplin sich hieraus ergeben, kann unschwer ermessen werden.*)

Die länger währende Separierung solcher gefährdeten und gefährdenden Fürsorgezöglinge ist oft aus äußeren Gründen nicht möglich und widerstreitet auch dem Statut der meisten Fürsorgeerziehungsanstalten, welche die Separierung nur als Strafmaßregel gelten lassen. Die Korrektionsstrafe ist aber bei geistig abnormen Kindern sicherlich weder angebracht noch erfolgverheißend. Alles, was an das Gefängnisregime auch nur erinnert, sollte von den psychopathischen Jugendlichen ferngehalten werden. Mönkemöller bemerkt, daß es der jugendlichen defekten Psyche an Kraft fehlt, um den ungünstigen

---

*) Mönkemöller erwähnt, daß die Hysterischen in den Besserungsanstalten den Lehrern und ihrer ganzen Umgebung keine zu großen Schwierigkeiten bereiten. Die Erfahrungen, welche ich mit hysterischen Anstaltszöglingen gemacht habe, sind z. T. anderer Art. Es fanden sich darunter Kinder, die bedenkliche Charaktereigenschaften zeigten und auf ihre Mitzöglinge in schlechter Weise einzuwirken suchten; ich gewann in diesen Fällen die Überzeugung, daß aus der beständigen Berührung mit anderen Zöglingen schwere Kalamitäten erwachsen könnten. Das rechtzeitige Erkennen des hysterischen Charakters wird auch die notwendigen Vorsichtsmaßregeln an die Hand geben. — Hysterische Kinder haben aber selbst erfahrene Beobachter irregeführt. Sie besitzen oft eine solche Verstellungskunst, daß man ihnen lange Zeit nichts Positives nachweisen kann, zumal sie oft eine nach außen hin schwer erkennbare Minierarbeit verrichten.

Einflüssen einer längeren Detention Trotz zu bieten. Das häufige Vorkommen der Gefängnispsychose bei straffälligen Jugendlichen ist hiermit ausreichend begründet.*)

Die großen Schwierigkeiten, die sich aus dem dauernden Verkehr abnormer und normaler Kinder untereinander ergeben, machen sich in den Fürsorgeerziehungsanstalten in verstärktem Maße geltend. Hier müßte eigentlich mit doppeltem Recht gemessen werden, je nachdem das disziplinwidrige Verhalten eines Zöglings normalen oder pathologischen Ursachen entspringt.

Besondere Beachtung verdienen unter diesem Gesichtspunkt die Entweichungen aus den Fürsorgeerziehungsanstalten; hierüber gibt die preußische Statistik Aufschluß. Es sind den Anstalten durchschnittlich 9% männliche Zöglinge und 6% weibliche Zöglinge entlaufen; wieder eingeliefert wurden etwa 75% der Entwichenen. Diese Zahlen sind offenbar nicht erschöpfend, da sie nur jene Fälle betreffen, von denen amtliche Meldung erstattet werden mußte. Tatsächlich wird das häufige Entweichen von Fürsorgezöglingen als ein großer Übelstand empfunden und in vielen Anstalten durch ein besonders strenges Überwachungssystem unmöglich zu machen gesucht. Nicht immer sind diese Fluchtversuche planmäßig vorbereitet und auf bestimmte Motive zurückzuführen; vielfach handelt es sich um ein in den äußeren Verhältnissen nicht begründetes triebartiges Davonlaufen. Solche Triebhandlungen sind für viele Epileptiker charakteristisch; gibt es doch Formen der Epilepsie, in welchen die Anfälle in nichts anderem als in ziel- und zwecklosem Davonlaufen bestehen (Epilepsia procursiva). Auf andere Formen des Wandertriebes hat der Prager Psychiater Pick hingewiesen. Nicht bloß bei Epileptikern, sondern auch bei Hysterischen und Psychasthenischen kommt oft ein krankhafter Wandertrieb (Poriomanie) zum Durchbruch.**) Wir werden mit der Annahme nicht fehlgehen, daß ein großer Teil der „Ausreißer" unter den Fürsorgezöglingen krankhaft veranlagt ist, daß deren vermeintliche Fluchtversuche nichts anderes

---

*) Mönkemöller, a. a. O., S. 85.

**) A. Pick, Über einige bedeutsame Psychoneurosen des Kindesalters. Halle a. S., Marhold, 1904, S. 7 f.

als triebartige Manifestationen sind. Pick betont ausdrücklich, daß in solchen Fällen nicht Strafe angezeigt ist, sondern eine entsprechende psychische Behandlung. Diese ist aber eine Aufgabe der Heilpädagogik und kann nur in einem geeigneten Milieu, am besten in einer heilpädagogischen Anstalt, mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden. Es würde zu weit führen, hier auf weitere Einzelheiten einzugehen.*) Für den Sachkundigen kann kein Zweifel darüber bestehen, daß ein großer Teil der Erziehungsschwierigkeiten, die sich in den Fürsorgeerziehungsanstalten herausstellen, auf die abnorme geistige Beschaffenheit der Zöglinge zurückzuführen ist. Die Forderung nach einer gesonderten Unterbringung der abnormen Fürsorgezöglinge wird gegenwärtig allenthalben erhoben. Die Frage der Unterbringung ist aber mit der Behandlungsfrage aufs innigste verknüpft.

Selig empfiehlt, besondere Abteilungen an die Fürsorgeerziehungsanstalten anzuschließen, in denen es möglich ist, minderwertige Individuen zu beobachten, zeitweise zu behandeln und über kritische Zeiten durch Anwendung lediglich medizinischer Gesichtspunkte hinwegzubringen.**) Professor Moeli, der wahrscheinlich in der strengen Disziplin den Hauptschaden für die geistig Abnormen sieht, schlägt für die letzteren leichtere Abteilungen vor, die eventuell für mehrere Anstalten gemeinsam benutzt werden können.***) Kluge faßt die Zweiteilung der in Betracht kommenden Anstalten ins Auge. Für Idioten, Epileptiker und Geisteskranke verlangt er Krankenanstalten, für leichter geschädigte, „psychisch inferiore“ Zöglinge entweder Erziehungsanstalten oder besondere Abteilungen an den Fürsorgeerziehungsstätten. †) Mönkemöller ist gegen-

*) Sehr verbreitet ist bei den Fürsorgezöglingen das Bettnässen. Auch Enuresis diurna kommt vor. In den meisten Fällen dürfte es sich nicht um eine „Unart“ oder „Nachlässigkeit“, sondern um ein Symptom körperlicher oder geistiger Schwäche handeln; Strafen sind hier nicht am Platze und haben zugestandenermaßen auch keinen Erfolg.

) *) Zitiert nach Herrmann, Heilerziehungshäuser. Pädagogisches Magazin, Heft 311. Langensalza, Beyer & Mann, 1907, S. 19f.

†) Kluge, Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, I, S. 393ff.

wärtig für die Errichtung von Abteilungen, die „in späteren Zeiten, in denen der Geldquell ergiebiger fließt", zu besonderen Anstalten umgewandelt werden können. Herrmann spricht der Errichtung von Heilerziehungshäusern (Kinderirrenanstalten) das Wort, in denen vier Abteilungen zu bestehen hätten:

IV. Aufnahme- und Wachsaal,
III. Beobachtungsstation,
II. Station für Gebesserte,
I. Erziehungsstation.*)

Von pädagogischer Seite wird man sich mit der Einrichtung von Abteilungen für geistig Abnorme im Umkreis der Fürsorgeerziehungsstätten nicht einverstanden erklären können. Wir wissen, daß die Voraussetzung für eine gedeihliche pädagogische Behandlung die radikale Milieuänderung ist. Andererseits lassen sich die Erfordernisse einer Kranken- und einer Erziehungsanstalt nicht leicht vereinigen. Aus diesen Gründen wird sich auch unter den abnormen Fürsorgezöglingen eine Trennung im Sinne Kluges empfehlen. Die leichter Abnormen, Erziehungsfähigen, wären an heilpädagogische Anstalten abzugeben, in denen ein besonderes erziehliches Vorgehen Erfolge verheißt, die in den Zwangserziehungsanstalten im Vorhinein als ausgeschlossen angesehen werden müssen.

Die Heilerziehungsanstalten wären für debile, imbezille, psychasthenische und hysterische Zöglinge, sowie ganz besonders für psychopathisch Minderwertige im Sinne Kochs zu bestimmen. Die Zustandsbilder der psychopathischen Minderwertigkeit lassen sich im einzelnen schwer definieren. Als gemeinsames Merkmal könnte man die außerordentliche Ungleichmäßigkeit der geistigen Entwicklung, den Mangel psychischer Kohärenz, vor allem aber die Vorherrschaft der Affektanlage hervorheben. Diese degenerierten Kinder gehören sicherlich in den Fürsorgeerziehungsanstalten zu den unangenehmsten Gästen. Sie sind sehr reizbar, geraten oft über ein flüchtig hingeworfenes Wort, über einen unfreundlichen Blick in zornige Erregung. Aber auch in dieser Hinsicht zeigt sich die Ungleichmäßigkeit ihres Verhaltens. Man spricht bei ihnen mit Recht von „kri-

*) Herrmann, a. a. O., S. 14.

tischen Tagen", an denen die nichtigste Ursache ihre Zornmütigkeit entfachen kann; zu anderer Zeit lassen sie selbst Provokationen achtlos vorübergehen. Die Déséquilibrés sind unter gewissen Voraussetzungen erziehungsfähig, und ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich dafür plädieren, daß auch diese schwer Erziehbaren einer heilpädagogischen Behandlung in einem entsprechenden Milieu zugeführt werden.*)

Bei der Behandlung der geistig abnormen Fürsorgezöglinge müssen besondere Rücksichten obwalten. Das Individualisierungsprinzip gilt für die gesamte heilpädagogische Praxis, also auch hier. Aber andererseits muß in Erwägung gezogen werden, daß es sich hier durchweg um antisoziale Elemente oder doch mindestens um solche, die es werden wollen, handelt. Das Problem der sozialen Erziehung steht im Vordergrund. Nichts Geringeres muß erstrebt werden, als aus Elementen, deren jedes in der Berührung mit der Gesellschaft Fehler und Regelwidrigkeiten aufweist, eine ethische Gemeinschaft zu gestalten. Lange genug ist nach einem Verfahren gesucht worden, das die Rücksichten auf den Einzelnen nicht außer acht läßt und trotzdem auch der Gesamterziehung gerecht wird. Dieses Verfahren ist nunmehr gefunden. Es ist die Arbeitserziehung, die sich im wesentlichen mit dem deckt, was Psychiater und Nervenärzte seit Möbius als Beschäftigungstherapie bezeichnen.

Die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten der Beschäftigungstherapie bei Kindern und Jugendlichen habe ich an anderer Stelle nachgewiesen.**) Sie ist in erster Linie eine Erziehungsmaßregel und setzt daher die Erziehungsfähigkeit der zu Behandelnden voraus.

Der Beschäftigungsbehandlung kommt der große Vorteil zu, daß sie mit den natürlichen Anlagen des Kindes rechnet. Die Kinderpsychologie hat nachgewiesen, welche Bedeutung dem Tätigkeitstrieb für die geistige Entwicklung des Kindes zukommt. Sein Beschäftigungsdrang bricht sich zunächst Bahn im Spiel, und dieses dient der natürlichen Selbstausbildung des

*) Viele dieser Fälle sind früher der moral insanity zugezählt worden.

**) Bericht über die 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. II, S. 235.

Kindes.*) Aus dem Spiel heraus entwickelt sich die Beschäftigungsbehandlung**) in der Weise, daß die Zöglinge solchen Arbeiten zugeführt werden, die ihnen angemessen sind und bestimmte ethisch wertvolle Gefühle, die man kurz als „Förderungsgefühle" bezeichnen könnte, auslösen. Die hierdurch bedingte Freude an der Arbeit, die Umbildung, welche auf diese Weise der Charakter des Zöglings erfährt, ist das Wertvollste an der gesamten Beschäftigungstherapie.

So wird uns denn auch der Besserungswert dieses pädagogischen Verfahrens, um dessen Ausgestaltung der Direktor der Erziehungsanstalt am Urban bei Berlin, Pastor Plaß, sich große Verdienste erworben hat, unmittelbar klar.

Mit der Arbeit, die in den Zwangserziehungsanstalten geleistet wird, haben die Arbeitsleistungen der Beschäftigungstherapie nichts gemein. Dort ist sie Selbstzweck, hier Mittel zum Zweck. Die starre Monotonie der Zwangsarbeiten ertötet, die reiche Mannigfaltigkeit der Mittel, über welche die Beschäftigungstherapie verfügt, belebt den Geist. Sie bedingt kein Nebeneinander-, sondern ein Miteinanderarbeiten und fördert hierdurch das soziale Bewußtsein.

Um zu verhüten, daß ein Fürsorgezögling in einer seiner Eigenart nicht entsprechenden Weise untergebracht werde, was dem Geist des Fürsorgeerziehungsgesetzes geradezu widerspricht, ist die psychiatrische Untersuchung der Zöglinge vor der definitiven Abgabe an eine Fürsorgestätte nicht zu umgehen.***)

Als erfreulicher Beweis dafür, daß diese Erkenntnis immer mehr an Boden gewinnt, möchte ich hier aus dem letzten Bericht über die Fürsorgeerziehung einen Ausspruch des Oberpräsidenten der Provinz Westfalen zitieren. Er bezeichnet es als im hohen Grade wünschenswert, „wenn sich zwecks zuver-

*) Groß, Das Seelenleben des Kindes. Berlin, Reuther & Reichard, 1904, S. 51 f.

**) Plaß, Über Arbeitserziehung. Bericht über den Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge in Berlin, S. 362.

***) In vielen Fällen ist eine längere Beobachtung nötig, um den Geisteszustand eines Fürsorgezöglings festzustellen. Hierzu sind Beobachtungsstationen unerläßlich. Vorbildlich wirkt die Beobachtungsstation in Frankfurt a. M. unter Leitung des Direktors Prof. Dr. Sioli.

lässiger Feststellung des Umfanges, in welchem sich zurzeit psychisch Minderwertige unter den verschiedenen Kategorien der Fürsorgezöglinge befinden, eine binnen nicht zu langer Zeit durchzuführende Begutachtung des geistigen Zustandes aller der Anstaltserziehung überwiesenen Fürsorgezöglinge der Provinz Westfalen durch psychiatrisch geschulte Ärzte ermöglichen ließe. Sodann würde für die Zukunft eine ärztliche Untersuchung gleicher Art in jedem Falle einer neuen Aufnahme in Erziehungsanstalten stattzufinden haben."

Bei diesen Untersuchungen wäre die Beiziehung eines geeigneten Pädagogen dringend zu empfehlen. Der Psychiater hat sein Urteil dahin abzugeben, ob das betreffende Kind geistig gesund oder krank ist, und in letzterem Falle die entsprechende Diagnose zu stellen. Sache des Pädagogen wäre es, über die Erziehungsfähigkeit des Zöglings sein Urteil abzugeben, die etwa erworbenen Schulkenntnisse, den Grad der manuellen Geschicklichkeit zu ermitteln und auf diese Weise zu bewirken, daß nicht eine zweite Beobachtungs- und Prüfungszeit in der in Betracht kommenden Erziehungsanstalt erforderlich ist, sondern daß das Kind sogleich in die ihm zuträglichen Verhältnisse kommen kann. Eine solche kommissionelle Begutachtung hat der Entwurf von Dr. Heinrich Reicher, ein österreichisches Fürsorgeerziehungsgesetz betreffend, vorgesehen.

In England, einem Lande, das zuerst die Fürsorgeerziehung mustergültig durchgeführt und die größten Erfolge auf diesem Gebiete zu verzeichnen hat, sind die Gesetze zugunsten der bedrohten Jugend in der Regel nichts anderes als die Kodifikation der inneren, pädagogischen Reformen. Was die moderne englische Fürsorgeerziehung besonders auszeichnet, ist der prophylaktische Charakter derselben. Das Bestreben, nicht bloß eine bereits eingetretene Verwahrlosung auszugleichen, sondern vor allem die Verwahrlosung der Jugendlichen überhaupt zu verhüten, müßte die Grundlage einer modernen Fürsorgeerziehungsgesetzgebung bilden.

Diese Aufgabe ist jedoch nicht zu erfüllen, wenn nicht Pädagogen und Mediziner, die genauen Kenner der Kindheit in ihren normalen und in ihren pathologischen Verhältnissen,

hilfreiche Hand leihen. Die Kinderforschung ist als neue, reichen Ertrag verheißende Wissenschaft begründet worden, die Kinderpsychologie gibt uns Kunde von der Entwicklung und den Gesetzmäßigkeiten der Kinderseele. Wer fürsorgend erziehen will, darf nicht achtlos an den Resultaten dieser Wissenschaften vorbeigehen. Pädagogen und Mediziner scheinen zu allererst dazu berufen, die Grundzüge der Fürsorgeerziehung festzustellen. Gleichwertig und gleichberechtigt ist die Mitarbeit des Juristen, dessen Aufgabe darin besteht, die Ergebnisse der medizinischen und pädagogischen Forschungen zu normieren, die Durchführungsbestimmungen festzusetzen und die erforderlichen administrativen Maßnahmen zu treffen.

Auch das beste Fürsorgeerziehungsgesetz kann aber keinen Nutzen stiften, wenn nicht Fürsorgestätten in entsprechender Zahl und Einrichtung zur Verfügung stehen. Die Grundlage der Fürsorgeerziehung wird immer die Anstaltserziehung bleiben müssen. Nur Anstalten bieten die Gewähr für gleichmäßige, stetige Erziehungseinflüsse. Niemand wird sich der Einsicht verschließen, daß Pflegefamilien in den Fällen, in welchen Einzelerziehung angezeigt ist, mancher Vorzug den Anstalten gegenüber zukäme. Aber es fragt sich, ob eine entsprechende Zahl geeigneter Familien ausfindig zu machen ist, und es kann die Befürchtung nicht abgewiesen werden, daß hier das Kostkinderelend in veränderter Gestalt wieder ersteht. Die Vorteile der Anstalts- und der Familienpflege erscheinen vereinigt im Familiengruppensystem. Die Anstaltsinsassen sind hier in einzelne Gruppen, Familien, geteilt, deren jede von einer pädagogisch tüchtigen Person geleitet wird. Sind diese Gruppen nicht in einem Gebäude vereinigt, sondern in kolonialer Weise untergebracht, so ergibt sich der Übergang zu jenem System, das dem Leiter der Erziehungsanstalt einen über den unmittelbaren Umkreis der letzteren hinausreichenden Wirkungskreis anweist. Er hat dann als Patron und Inspektor einer in keinem unmittelbaren Verhältnis zur Anstalt stehenden Anzahl von Pflegefamilien zu fungieren, darauf zu sehen, daß sie ihren vertragsmäßigen Verpflichtungen nachkommen und sich von dem körperlichen und geistigen Zustand der dort untergebrachten Fürsorgezöglinge zu überzeugen.

Für geistig abnorme Fürsorgezöglinge kommt fast ausschließlich die Anstaltserziehung in Betracht. Schulen und Arbeitsgelegenheiten in reichlicher Fülle, wie sie die Beschäftigungsbehandlung bedingt, müßten in den Anstalten selbst vorhanden sein. Die Unterbringung in Familien käme hauptsächlich für jene Jugendlichen in Rücksicht, die nach der Entlassung aus der Anstalt auf ihre Eignung fürs praktische Leben hin erprobt werden sollen; in vielen Fällen erscheint die Wahl einer geeigneten Familie geradezu als eine Vorbedingung für die Erwerbung einer Berufsbeschäftigung. Die Leiter der Erziehungsanstalten haben von Amts wegen alle jene Pflichten zu erfüllen, welche das Gesetz dem Vormund zuschreibt; es erscheint daher als selbstverständlich, daß sie auch mit den Rechten eines solchen ausgestattet werden. Die Anstaltsvormundschaft bietet der Einzelvormundschaft gegenüber große Vorteile und vereinfacht die Fürsorgebestrebungen durch die Möglichkeit eines unmittelbaren Verkehrs mit dem Vormundschaftsgericht.*)

Es wäre wünschenswert und im Interesse der abnormen Fürsorgezöglinge gelegen, wenn die Anstaltsdirektoren ihren Einfluß auch nach der Entlassung aus der Anstalt auf die fernere Lebensführung der ehemaligen Zöglinge ausüben könnten. Damit wäre aber ein Anwachsen ihrer Agenden ins Riesenhafte bedingt. Pulzer hat auf dem letzten Kongreß für Schwachsinnigenfürsorge**) die Errichtung besonderer Patronagegesellschaften befürwortet, welchen die Aufgabe zukäme, sich der schulentlassenen Schwachsinnigen anzunehmen und ihr weiteres Fortkommen im Leben zu sichern. Es ist auch unter den günstigsten Verhältnissen nicht zu vermeiden, daß ein Teil der abnormen Fürsorgezöglinge späterhin in Irrenpflege übergeht. Für diejenigen aber, welche einer Erwerbsbeschäftigung ohne Beschränkung nachgehen können, wäre es unter Umständen ein großer Segen, wenn sie in den Umkreis der Patronagebestrebungen einbezogen würden.

---

*) Über die näheren Verhältnisse der Berufs- und Anstaltsvormundschaft siehe 81. Heft der Schriften des deutschen Vereines für Armenpflege und Wohltätigkeit. Leipzig, Duncker & Humblot, 1907.

**) Graz, 19. und 20. Juni 1908.

Ich habe versucht, die mannigfachen Beziehungen zwischen Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik nachzuweisen. Seit Jahren wird in Österreich die Forderung nach einem Fürsorgeerziehungsgesetz erhoben, und nunmehr steht die Einbringung dieses Gesetzes vor die beschließenden Körperschaften unmittelbar bevor. Es ist mir nicht bekannt, inwieweit der Entwurf des warmherzigen Menschenfreundes Dr. Heinrich Reicher, den dieser dem österreichischen Kinderschutzkongreß vorgelegt hat, Berücksichtigung finden wird. Zu diesem Entwurf haben in einer weit ausgesponnenen Diskussion Vertreter der Medizin und Pädagogik Stellung genommen. Auch von psychiatrischer und heilpädagogischer Seite sind manche wertvollen Anregungen gegeben worden, zur umfassenden Begründung der Forderungen, die im Interesse der abnormen Zöglinge erhoben werden müssen, blieb aber weder Zeit noch Gelegenheit. Dem österreichischen Fürsorgeerziehungsgesetz steht im vorhinein als großes Hindernis der Mangel entsprechender Anstalten entgegen. Schon bevor das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz in Kraft getreten war, existierten in Preußen (1898) 678 Erziehungsanstalten für verwaiste, verlassene und verwahrloste Kinder, welche die freie Liebestätigkeit begründet und erhalten hatte. Das Vermögen dieser Anstalten an Grundbesitz und Kapitalien betrug fast 100 Millionen Mark, deren Fassungsraum war für 40626 Zöglinge ausreichend. Hierzu kamen schon damals staatliche und Provinzialanstalten verwandter Tendenz, die mittlerweile eine Vermehrung erfahren haben dürften. Zieht man in Betracht, daß vom 1. April 1901 bis 31. März 1907 40523 Jugendliche der Fürsorgeerziehung zugeführt wurden, so ergibt die Vergleichung der angeführten Zahlen, daß ein Platzmangel niemals bestanden hat. Nicht die Vermehrung, sondern die innere Reform der Anstalten, von denen wenigstens ein Teil nach den Grundsätzen der Heilpädagogik umgestaltet werden sollte, erscheint hier notwendig. In Österreich besitzen sechs Länder überhaupt keine Besserungsanstalt, in den meisten anderen Ländern genügen die bestehenden Anstalten dem vorhandenen Bedarf nicht. Die Aufnahme in eine solche Anstalt unterliegt einer Menge beschränkender Bedingungen.

In welcher Weise sich in den wenigen vorhandenen An-

stalten das Zöglingsmaterial zusammensetzt, mag das folgende Zitat aus dem Gutachten von Dr. Heinrich Reicher über Fürsorgeerziehung beweisen: „Heute bergen die Besserungsanstalten eine Menge von geistig minderwertigen Elementen. Die Gutachten aus Mähren, Schlesien und Niederösterreich kommen in diesem Punkte überein, daß die Besserungsanstalt in Österreich auch als Ersatz einer heute noch mangelnden Schwachsinnigenfürsorge dienen muß. Die wenigen Lebensbilder aus der mährischen Besserungsanstalt in Neutitschein — Stichproben aus vielen Hunderten — ergeben unter den Korrigenden von 14 bis 18 Jahren daselbst drastische Beispiele hochgradigen Schwachsinns und psychopathischer Minderwertigkeit.“ *)

In Österreich bedarf die gesamte Jugendfürsorge der Regelung. Der privaten Wohltätigkeit fehlt es nicht an der erforderlichen Hilfsbereitschaft. Aber immer deutlicher zeigt sich die Notwendigkeit, hier leitende Gesichtspunkte aufzustellen, um einer Zersplitterung der Kräfte vorzubeugen. Vielleicht wäre zurzeit ein Jugendfürsorgegesetz notwendiger als ein Fürsorgeerziehungsgesetz. Es ist nicht zu verkennen, daß die Vernachlässigung des Kindes in der ersten Lebenszeit, der Mangel des Schutzes der außerehelich geborenen Kinder, die mangelhafte Erfüllung der Vormundschaftspflichten, die Ausnützung der kindlichen Arbeitskraft auf den verschiedensten Gebieten, das Fehlen einer ausreichenden Schwachsinnigenfürsorge, die allzu geringe Zahl von Bildungs- und Erziehungsanstalten für blinde, taubstumme und krüppelhafte Kinder die Verwahrlosung der Jugendlichen in außerordentlicher Weise begünstigen. Eine gesetzliche Regelung aller dieser Verhältnisse ist dringend erforderlich. Die einheitliche Organisation der Jugendfürsorge würde zweifellos bewirken, daß die Zahl der verwahrlosten Jugendlichen beträchtlich abnimmt. Im anderen Falle ist zu befürchten, daß der Fürsorgeerziehung aus den angegebenen Quellen eine Hochflut von Verwahrlosten zuströmt; schon in Anbetracht der Verschiedenheit des Materials

*) Gutachten zu den Verhandlungsgegenständen des Ersten österreichischen Kinderschutzkongresses in Wien, 1907, II, Seite 253.

erscheint dann die Fürsorgeerziehung vor eine fast unerfüllbare Aufgabe gestellt.

Der Fürsorgeerziehung im engeren Sinne des Wortes hätten daher eine Anzahl von Reformen voranzugehen, die sich auf die Verhütung der Verwahrlosung beziehen. Diese Notwendigkeit wird auch von den Vertretern der preußischen Fürsorgeerziehung unumwunden zugegeben. In einem ministeriellen Bericht heißt es: „Das beste Fürsorgeerziehungsgesetz, seine weiteste Anwendung und seine geschickteste Ausführung wird das Verderben des kommenden Geschlechts nicht aufhalten, wenn nicht die Ursachen des Jugendverderbs, welche uns die Ausführung des Gesetzes jeden Tag deutlicher vor Augen stellt, ernstlicher bekämpft werden als bisher.“ *) Hier tatkräftig einzugreifen, den Weg vorzuzeichnen, auf welchem eine Änderung der unhaltbar gewordenen Verhältnisse erzielt werden kann, ist Sache des Staates. Daß dieses Verlangen erfüllbar ist und gegenwärtig auch der Anschauung leitender Staatsmänner entspricht, hat die von schönem Optimismus erfüllte Rede des Justizministers Dr. Klein auf dem Ersten österreichischen Kinderschutzkongreß bewiesen.

Es sei mir gestattet, zum Schlusse einige Sätze aus dieser Rede zu zitieren: „Es gibt für den Staat und sein Volk keine höheren Lebenswerte als seine Jugend, denn Staat und Volk leben für die Zukunft, ihre Gegenwart ist immer nur Vorbereitung eines Werdenden und Ersehnten und soll es sein. Deshalb, des Ganzen, der Gesellschaft und ihrer Bestimmung halber, dürfen wir die Jugend nicht sinken, sich nicht verlieren lassen, und davon beseelt, werden wir aller Widersprüche Herr werden; dieses Ziel muß auch zur Folge haben, daß unserer Bewegung die Gunst aller Mächte des Staates zuströmt und die Opfer, die insbesondere die Fürsorgeerziehung erheischt, gern und ohne Engherzigkeit gebracht werden.“ **)

*) Zitiert nach Neißer, a. a. O., S. 44.

**) Bericht über den Ersten österreichischen Kinderschutzkongreß. III, Seite 14.

Kinderaussagen.

Von

Dr. Hermann Haymann,

Assistenzarzt der psychiatr. Klinik Freiburg i. Br.



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
1909.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Professor Dr. Bruns in Hannover, Geh. Rat Dr. Cramer in Göttingen, Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Berlin

herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Hoche,**
Freiburg i. Br.

Band VIII, Heft 7.

Kinderaussagen.

Von

Dr. **Hermann Haymann**,

Assistenzarzt der psychiatr. Klinik Freiburg i. Br.

Meine Herren!

Unter Aussage verstehen wir ganz allgemein jede sprachliche Äußerung, die dazu dient, Gegenwärtiges oder Vergangenes bewußt wiederzugeben. Diese Wiedergabe kann richtig oder falsch sein, d. h. der Wirklichkeit entsprechen oder nicht. Entspricht sie ihr nicht, so kann das vom Aussagenden gewollt sein: Lüge im weitesten Sinn, oder aber nicht gewollt: Irrtum im weitesten Sinn. Die gewollte und die nichtgewollte Unwahrheit haben enge Beziehungen zu psycho-pathologischen Erscheinungen, und darum ist es begreiflich, daß eine Reihe von Psychiatern sich mit diesen Problemen beschäftigt. Wie im allgemeinen, so sind diese — noch recht jungen — Forschungen ganz besonders in forensisch-psychiatrischer Beziehung wichtig, wenn es sich um die Beurteilung von Verbrechern oder um die Wertung von Zeugen handelt. Aber auch der praktische Arzt wird als Hausarzt ihre Ergebnisse kennen müssen, wenn es sich um Erwachsene handelt, noch mehr, wenn er als Berater in den Fällen herangezogen wird, wo Eltern in Erziehungsnöten schweben, oder als Schularzt, um sich dem Lehrer helfend zur Seite zu stellen.

Es soll uns darum hier im speziellen die Kinderaussage beschäftigen. Gewiß wird nicht alles, was darüber zu sagen sein wird, gänzlich abweichen von dem, was sich etwa über die Aussage des Erwachsenen sagen ließe; im Gegenteil werden vielfach Brücken zu schlagen sein von dem, was die

moderne Kinderpsychologie lehrt, zu dem, was die Psychologie des Erwachsenen seit kürzerer oder längerer Zeit weiß. Aber es wäre falsch, aus diesem Grunde jene Kinderforschung als überflüssig zu betrachten. Das Kind hat es sich lange genug gefallen lassen müssen, mit dem Maßstabe des Erwachsenen gemessen zu werden. Wir leben jetzt im „Jahrhundert des Kindes“, und das verlangt, daß wir das Kind als etwas Eigenes, nach eigenem Gesetz zu Bewertendes betrachten.

Es wäre nun zunächst festzustellen, was wir „Kind“ nennen, d. h. mit welchem Jahr wir die spezifische kindliche Entwicklung als abgeschlossen betrachten wollen. Die Frage ist aber schwer zu beantworten. Wie in allem lebendigen Geschehen gibt es auch hier keine Grenze der Entwicklung, und wir können den Tag nicht bestimmen, bis zu welchem ein Mensch Kind, von welchem an er erwachsen ist. Die rein körperliche Reife kann den Maßstab nicht abgeben; und zudem kann sie auch nicht einmal, wenigstens beim Knaben nicht, auf einen bestimmten Tag festgesetzt werden. Die völlige Ausbildung des Gehirns wird im allgemeinen für das 21. Lebensjahr angenommen; aber auch da gibt es natürlich wieder Schwankungen, und je näher ein Individuum dieser Grenze steht, desto weniger kann seine Psychologie über die Psyche des Kindes Aufschluß geben, da sie mehr und mehr der des Erwachsenen gleicht. Wir wollen als übergangsreiches Grenzgebiet, das uns hier aber nicht mehr beschäftigen soll, die Flegeljahre bezw. die Backfischzeit setzen, die ja auch wieder, und darum eben seien diese Bezeichnungen gewählt, nicht auf Tag und Jahr hin bestimmt werden können.

Wenn wir die Zeit der Kindheit psychologisch betrachten, müssen wir sie nun aber nochmals zweiteilen. Wieder nicht als ob es da eine scharfe Grenze gäbe, sondern nur mit dem vorhin gemachten Vorbehalt haben wir die vorschulpflichtige Zeit und die Schulzeit zu trennen. Schon rein äußerlich sind ja durch die Schule eine Reihe einflußreicher Momente gegeben, und gewiß ist es andererseits auch kein Zufall, daß der Eintritt in die Schule etwa auf das sechste Lebensjahr festgesetzt ist, sondern Ergebnis jahrhundertealter Erfahrungen.

Das Beste, was bisher über das Alter vor der Schulzeit

geschrieben worden ist, steht in den noch im Erscheinen begriffenen Monographien über die seelische Entwicklung des Kindes von Clara und William Stern; das uns beschäftigende Gebiet speziell behandeln sie in dem Band „Erinnerung, Aussage und Lüge in der ersten Kindheit". William Stern hat überhaupt, d. h. auch für das spätere Lebensalter, die interessantesten Beiträge zur Psychologie der Aussage und namentlich die stärksten Anregungen in dieser Richtung gegeben.

Das Zustandekommen einer Aussage hat eine Reihe von Voraussetzungen in der Psyche des Aussagenden. Ist irgendeine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, so ergibt sich daraus die Möglichkeit oder die Notwendigkeit einer Fälschung der Aussage. Die wesentlichste Voraussetzung ist die Gesundheit der Psyche. Ist die Psyche krankhaft verändert, so gibt es da wieder eine Reihe von Möglichkeiten, die zu einer Fälschung der Aussage führen können; aber auch die gesunde Psyche bürgt noch lange nicht für die Richtigkeit der Aussage. Zunächst kommt noch in Betracht der gute Wille des Aussagenden; fehlt der, so erhalten wir eine Lüge statt der Wahrheit. Aber selbst bösen Willen ausgeschlossen, gibt es immer noch zahlreiche Klippen, an denen der Aussagende stranden kann, so daß seine Aussage der Wirklichkeit nicht entspricht.

Schon der Wahrnehmungsvorgang, der das Material für die Aussage beschafft, bietet solche Klippen. Es kommt nicht nur auf den Bildungsgrad des Wahrnehmenden an, sondern ebenso auf seine Aufmerksamkeit, sein Interesse, den Grad seiner Ermüdung, seine Stimmung. Nach der Wahrnehmung kommt die Art, wie das Wahrgenommene verarbeitet, assoziiert, kombiniert wird, in Betracht. Dann spielt für die Aussage eine sehr große Rolle die Erinnerungskraft, eine fast ebenso wichtige die Phantasie und die Suggestion, sei es die durch andere, sei es Autosuggestion. Endlich kommt es auch noch auf den der Aussage zugrunde liegenden Vorgang an. Alle diese Momente fallen ins Gewicht, wenn wir die Aussage

überhaupt bewerten wollen, und ebenso, wenn es sich um Kinderaussagen handelt.

Auf die pathologisch gefälschten Aussagen wird später zurückzukommen sein. Jetzt sollen zuerst normale Verhältnisse ins Auge gefaßt werden.

Daß für jede spätere Aussage der ihr zugrunde liegende Vorgang von Wichtigkeit ist, leuchtet ohne weiteres ein. Es ist für die Treue der Aussage nicht gleichgültig, ob ein Vorgang einfach oder kompliziert ist, ob er sich sehr rasch oder langsam abspielt, ob in unmittelbarer Nähe des Betrachtenden oder in größerer Entfernung. Diese in dem Vorgange selbst liegenden Unterschiede machen sich beim Erwachsenen geltend, um wieviel mehr beim Kinde, das nicht imstande ist, selbst die äußeren Bedingungen für die Beobachtung sich in dem Maße günstig zu gestalten, wie es dem Erwachsenen unter Umständen, wenn er will, möglich sein wird. So wird sich auch bei dem Kinde eine besonders große Abhängigkeit von diesen äußeren Momenten ergeben.

Doch die Hauptpunkte, auf die wir zu sprechen kommen müssen, liegen nicht in dem äußeren Hergang, sondern in der Psyche des Beobachters, der nachher über ihn aussagen soll, und so ist auch die große Reihe der Experimente mehr zur Erforschung dieser Verhältnisse angestellt worden. Es wird da etwas weiter auszuholen sein.

Zunächst handelt es sich darum, einen Blick zu werfen auf die Art der Aufnahme eines Vorganges durch unsere Sinne, auf die Empfindungen. Unmittelbar nach der Geburt ist das Kind taub und blind, jedenfalls „seelenblind“; aber schon sehr bald zuckt der Säugling auf Geräusche zusammen und schließt das Auge bei Annäherung eines Lichtes. Wir haben es da, wie bei den ersten Abwehrbewegungen auf schmerzhafte Berührung hin, zweifellos mit reflektorischen Vorgängen zu tun, die aber beweisen, daß die peripheren Teile der Sinnesbahn angefangen haben zu funktionieren. Von dieser Stufe bis zur bewußten Wahrnehmung, die allein die Grundlage einer Aussage bilden kann, ist aber freilich noch ein weiter Weg.

Die von den Sinnen vermittelten Eindrücke finden schon im Gehirne des Säuglings einen vorbereiteten Boden: die Frucht der Vererbung. Das Gehirn des Neugeborenen antwortet mit Reflexen, Instinkten, Trieben. Aber noch eine Grundeigenschaft unseres Gehirns beginnt schon kurze Zeit nach der Geburt sich zu entfalten, die Eigenschaft, von allen Reizen, die durch die Sinne bis zur Gehirnrinde geleitet worden sind, Spuren festzuhalten. Diese sind die Grundlage der Erinnerung, und die Erinnerungsfähigkeit wiederum ist die Grundbedingung aller weiteren geistigen Entwicklung. Zunächst steht noch eine Sinneswahrnehmung neben der andern, ohne Beziehung zueinander. Aber bald lernt das Kind Zusammengehöriges verknüpfen, lernt namentlich auch, daß dem gleichen Sinneseindruck der gleiche Reiz entsprechen muß. Es erkennt einen Sinneseindruck als identisch mit einem früher gehabten, obwohl es sich an diesen als solchen, losgelöst von seinem Objekt, nicht mehr erinnern konnte; die spätere Wahrnehmung trägt doch die „Bekanntschaftsqualität" (Höffding). Schon das wenige Monate alte Kind vermag in diesem Sinne wiederzuerkennen, besitzt die Grundlage des Gedächtnisses.

Gleichzeitig mit dieser Fähigkeit, Sinneseindrücke zu bewahren, hat sich beim Kinde die Fähigkeit, Sinneseindrücke aufzunehmen, weiter entwickelt. Ja sie ist, wie sie die ursprünglichere Veranlagung darstellte, auch in ihrer Entwicklung vorausgeeilt. Die Funktion der Sinne als solche entwickelt sich schon im ersten Lebensjahr nahezu zur Vollkommenheit. Als die für die Aussage bedeutungsvollsten kommen das Sehen und das Hören in Betracht, und ihnen sollen einige Worte im besonderen gelten.

Es mag an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß sich schon früh, schon im Kindesalter hauptsächlich zwei Typen von Menschen herausbilden, Gesichts- und Gehörsmenschen, daneben noch der motorische Typus. Diesen gegenüber treten alle übrigen sehr zurück. Die betreffenden Kinder bevorzugen in ihren Wahrnehmungen das optische bezw. das akustische bezw. das taktile Element. Sie bevorzugen es, womit gesagt ist, daß die anderen nicht gänzlich ausgeschaltet sind; aber sie haben für die Wahrnehmung die

geringere Bedeutung. Gehörs- oder Gesichtsbilder herrschen unter den Anschauungen vor, und — das sei hier vorweg genommen — den Anschauungstypen entsprechen die gleichen Typen im Vorstellungs- und Gefühlsleben, im ganzen Denken wie in der Phantasietätigkeit. Daraus ergibt sich für die Aussage der erste Schluß. Zwei Menschen und ebenso zwei Kinder werden bei sonst ganz gleichen Verhältnissen eine verschiedene Auffassung von einem Vorgang haben und demgemäß auch verschieden über ihn aussagen, je nachdem sie dem visuellen oder dem akustischen Anschauungs- und dem ihm parallel gehenden entsprechenden Gedächtnistypus angehören.

Ein weiterer Punkt, auf den hier hingewiesen werden soll, wo wir die Sinneseindrücke als Grundlage der späteren Aussage betrachten, ist die Wahrnehmung von Raum und Zeit. Ihre Bedeutung für die Aussage liegt auf der Hand. Daß Raum- und Zeitwahrnehmungen abhängen von direkten Sinneseindrücken, obwohl wir keine dafür speziell gebauten Sinnesorgane besitzen, ist ebenso ohne weiteres klar. Von Stern liegen nun Versuche bezw. Beobachtungen zu dieser Frage vor. Über die Entwicklung des Raumsinnes im besonderen führt Stern aus: Der „Urraum“ des Neugeborenen ist die Gegend seines Mundes. Darüber hinaus reicht der „Nahraum“, dessen Eroberung in der zweiten Lebenswoche beginnt, der durch eine vor dem Kopf des Kindes liegende Halbkugel von etwa $^1/_3$ m Radius repräsentiert wird und dessen spezielles Organ die Hand ist; im Laufe des zweiten Vierteljahres eröffnet sich schließlich der „Fernraum“ entsprechend der Entwicklung des Auges, das noch durch Wahrnehmungen mittels des Ohres und später besonders mittels der eigenen Lokomotion unterstützt wird. Mit der Eroberung des Fernraumes, der jenseits des mit der Hand Erreichbaren liegt, ist auch die Unterscheidung von Nah und Fern angebahnt, zugleich auch die Unterscheidung von Groß und Klein, Rund und Eckig, Oben und Unten, und damit diejenigen Funktionen, die für eine Aussage die wichtigsten sind. Erreicht ist dieses Ziel etwa mit Ende des ersten Jahres. Die folgenden Jahre bringen nur noch eine Klärung und Verfeinerung des bisher Gewonnenen.

Was nun später, wenn es sich um Verwertung der erworbenen Fähigkeiten in der Aussage handelt, von ganz besonderer Bedeutung ist, das ist die Schätzung des Raumes, ebenso wie die der Zeit, d. h. das absolute Größenurteil über ein bestimmtes Reizquantum an Länge oder Zeitdauer. Gewiß liegt der Schätzung auch eine Relation zugrunde, z. B. die zu der Maßeinheit eines Meters oder der Zeiteinheit einer Minute; aber diese Einheiten werden nicht in messender Weise auf die Objekte abgetragen, sie existieren nur im Kopfe des Schätzenden. Stern hat Schätzungsversuche mit Erwachsenen und mit Kindern angestellt. Dabei ergab sich, daß, wie es ja zu erwarten war, Erwachsene besser schätzten als Kinder, daß für beide ein Schätzungsoptimum für Zeit- und für Raumschätzung existiert, unterhalb dessen überschätzt, oberhalb dessen unterschätzt wird, daß endlich, was sehr wichtig ist, eine Zeit länger erscheint, wenn sie von einer die geistigen Fähigkeiten beanspruchenden Tätigkeit ausgefüllt ist.

Eine weitere sehr wichtige Funktion für das Zustandekommen einer richtigen Aussage ist die Aufmerksamkeit, mit der ein Vorgang beobachtet wird. Cohn hat hierüber experimentell Aufschluß zu erlangen versucht, und es haben sich die von vornherein zu erwartenden großen Unterschiede in der Treue einer Aussage ergeben, je nachdem das Objekt mit konzentrierter Aufmerksamkeit betrachtet wurde oder bei gleichzeitiger Ablenkung. Daß aber wiederum Kinder ablenkbarer sind als Erwachsene, ist eine bekannte Tatsache. Übrigens wurde nach Cohn durch die Ablenkung weniger die Fehlerhaftigkeit als der Umfang der Aussage geändert, während Stern bei einem der Wirklichkeit näher stehenden Versuch, wobei die Versuchspersonen vorher nicht wußten, daß es sich um ein Experiment handelte, gerade das umgekehrte Ergebnis hatte: eine zwar ziemlich umfangreiche, aber sehr fehlerhafte Aussage. Auf jeden Fall kommt es für die Aufmerksamkeit auf die Intensität des ablenkenden Momentes sowie auf den Grad der damit verbundenen Lust oder Unlust an.

Nahe damit verwandt ist ein anderer Gesichtspunkt, der ausschlaggebend sein kann für die Treue einer Aussage: das Interesse. Spielt dies schon beim Erwachsenen eine große

Rolle, so noch viel mehr bei dem subjektiver veranlagten Kinde. Interesse erregt ein Vorgang, der entweder ganz fremdartig ist und so in unserer Psyche auf Neuland trifft, oder einer, der schon vorhandenes Vorstellungsmaterial ergänzt und erweitert — beides unter Erregung eines Lustgefühls. Das Interesse ist in ganz besonderem Maße individuell verschieden. Alter und Geschlecht wirken allgemein differenzierend. Das alles lehren tägliche Beobachtungen.

Über einige andere Momente, die für die Auffassung eines Vorganges von Wichtigkeit sind, haben experimentelle Versuche Aufschluß gegeben. Ich denke hier an die Untersuchungsreihen über Ermüdung und über den Einfluß von Giften, speziell des Alkohols, wie sie namentlich von psychiatrischer Seite angestellt worden sind.

Das kleine Kind ist sehr stark ermüdbar. Mit der Zunahme der Jahre nimmt die Ermüdbarkeit ab. Auch ist sie in erheblichem Maße individuell verschieden. Die Ermüdbarkeit ist nach den verschiedensten Methoden geprüft worden, ebenso der Einfluß der Ermüdung auf die geistige Leistungsfähigkeit im allgemeinen und besonders auch auf die Auffassung, z. B. bei Schulkindern. Es hat sich zahlenmäßig nachweisen lassen, wie jede geistige Anstrengung ermüdet, und umgekehrt, daß der Ermüdete weniger leistungsfähig ist. Somit wird auch die Aussage eines Ermüdeten lückenhafter und fehlerhafter sein, als die Aussage eines bei seiner Beobachtung frischen, nicht erschöpften Menschen.

Die Prüfung der Giftwirkung hat ergeben, daß sowohl Alkohol als Kaffee und Tee die Auffassungsfähigkeit zunächst etwas heben, dann aber unter den Durchschnitt herunterdrücken. Aber die verschiedenen Gifte sind einander nicht gleich; denn beim Alkohol tritt das Herabsinken unter das Durchschnittsniveau schon nach einem bedeutend kürzeren Zeitraum ein als bei den beiden anderen (Lobsien), und diese Ermüdbarkeit dauert dann auch so lange an, wie der Alkohol noch wirkt. Tritt dieser Einfluß auf die geistige Leistungsfähigkeit und speziell die Sicherheit der Aussage schon bei Mengen ein, die im Vergleich zu den vielfach konsumierten Quantitäten jener Gifte als sehr gering bezeichnet werden

müssen, so wird er noch viel stärker natürlich, wenn es sich um die Zufuhr von besonders großen, „gesundheitsschädlichen" Mengen handelt.

Weniger leicht nach Zahlen festzustellen, aber trotzdem sicher vorhanden ist der Einfluß der Stimmung auf die Aussage. Es kommen da soviel nicht meßbare Größen in Betracht, die Grundlagen lassen sich so schwer experimentell schaffen, daß wir viel mehr auf allgemeine Beobachtungen und Beobachtungen an uns selbst angewiesen sind. Da findet sich dann, daß eine heitere Stimmung eine Aussage in ganz anderer Richtung beeinflußt als eine trübe. Und zu erwägen haben wir dabei noch für unsere spezielle Frage, daß im Leben des Kindes die Stimmung noch eine wesentlich größere Rolle spielt als beim Erwachsenen. Es ist ja recht eigentlich „Stimmungsmensch". Auf jeden Fall fassen auch Kinder affektbetonte Vorgänge, ob sie nun eine gehobene oder gedrückte Stimmung hervorrufen, besser auf als indifferente, d. h. leichter und präziser.

Neben allen diesen Momenten kommt für die Aussagesicherheit noch eine gewisse Gesamtdisposition des betreffenden Individuums in Betracht, die wir als seinen „Charakter" bezeichnen können oder doch als Facetten dessen, was sein Wesen ausmacht, und in dieser Richtung hat das Experiment natürlich noch weniger Möglichkeiten. Ich meine: hie Optimismus, hie Pessimismus. Beim Kinde wird es sich freilich noch nicht um ausgeprägte Formen auf Grund philosophischer Anschauungen handeln; aber doch sieht gewiß schon das eine Kind alle Vorgänge mehr in schwarz gemalt, dem anderen ist alles in rosenrot getaucht. Dieser Unterschied wird um so mehr hervortreten, je älter das Kind wird. Je jünger es ist, desto mehr neigt es zu der letzteren Anschauung, der schönfärbenden. Es ist klar, daß beide Anschauungen die Aussage zu beeinflussen vermögen, nicht nur indem etwa die spätere Deutung einsetzt und eine Wahrnehmung so oder so erscheinen läßt, sondern schon die Wahrnehmungen selber werden so oder so gemacht und gewissermaßen ausgewählt. Wenn jüngere Kinder mehr zu optimistischer Auffassung neigen, hat dies von vornherein seine Begründung darin, daß Kinder nur im

Augenblicke leben und für den Augenblick, und unwillkürlich alles zu unterdrücken suchen, was den Augenblick unschön, unangenehm macht. Aber diese Wertung der Gegenwart schwindet nach und nach, bald mehr, bald weniger, bei dem einen rascher, bei dem anderen langsamer, wohl mit bedingt von den äußeren Lebensschicksalen. Die Flüchtigkeit der ganzen Lebensauffassung weicht nach und nach einer gewissen Stetigkeit, und je nach dem erreichten Grade wird sich die Außenwelt spiegeln und demgemäß sich auch die Aussage über sie färben.

Alles bisher Angeführte ist nur ein Teil der die Aussage bestimmenden Gesichtspunkte, und zwar nur ein Teil derjenigen, welche den Wahrnehmungsvorgang selbst betreffen. Für die Aussage kommen als fast ebenso wichtig in Betracht die verschiedenen Möglichkeiten der weiteren geistigen Verarbeitung des Vorganges. Der Weg vom Sinneseindruck bis zur Aussage ist noch ein großer. Bisher handelte es sich nur um den sensorischen Teil des Weges; alles weitere ist nun Reproduktion. Diese kann, wie beim Erwachsenen, so auch beim Kinde selbständig auftreten, als Erinnerungsbilder oder als Gebilde der Phantasie, oder aber unselbständig, d. h. im Anschluß an neue sensorische Eindrücke.

Wir betrachten zunächst die letztere Art, wo eine Verknüpfung von sensorischen Elementen mit reproduktiven stattfindet, obwohl eine strenge Scheidung nicht durchzuführen ist und die rein reproduktiven Grundlagen vorhanden sein müssen, um eine Assoziation überhaupt zu ermöglichen. Das Kind muß seinem Gedächtnisschatz schon Vorstellungen eingeprägt haben, um sensorische Eindrücke damit assoziieren zu können.

Wir müssen in der Entwicklung des Kindes eigentlich wieder bis in die ersten Lebensmonate zurückgehen, um den Anfang dieser psychischen Funktion zu finden, und wir wollen nachher auch noch kurz auf diese Vorgänge zurückkommen. Wir nehmen jetzt als gegeben an, daß das Kind eine gewisse Menge von Vorstellungen besitzt. Für die Treue einer kindlichen Aussage wird nun von Bedeutung sein, wie groß die

Zahl und welches die Art dieser Vorstellungen ist. Darüber sind auch Beobachtungen bezw. Experimente angestellt worden, z. B. von Stern, der genaue Aufzeichnungen darüber gibt, wieviele Worte sein Kind zu verschiedenen Zeiten der Entwicklung sinnvoll gebrauchte oder verstand (denn der Wortschatz hält ja bis zu einem gewissen Grade gleichen Schritt mit dem Vorstellungsschatz*). Dann sind in Schulen Vergleiche angestellt worden über die Vorstellungsinhalte von Kindern aus verschiedenen Ständen, von Kindern aus ländlicher und solchen aus städtischer Umgebung. Die Unterschiede, die sich ergaben, nicht nur aus dem Einfluß der Natur, sondern wesentlich auch aus dem häuslichen Milieu mit allen seinen einzelnen Momenten, waren außerordentlich groß; sie werden etwas verringert durch die Schule, wo an Stelle der Individualisierung im Elternhaus eine Nivellierung eintritt, werden aber natürlich nie ganz verschwinden und wiederum nach Interesse und Begabung stark verschieden sein, wie umgekehrt jene Summe von Einflüssen Interessen weckt, einzelne besondere Begabungen, wie die der Beobachtung, fördert. Immer überwiegen beim Kinde die aus Sinneseindrücken hervorgegangenen konkreten Vorstellungen über die abstrakten. Die Gesamtheit der Vorstellungen bildet die Summe der Kenntnisse eines Kindes. Und neue Sinneseindrücke werden verknüpft mit dem, was das Kind kennt.

Als physiologische Grundlage aller Verknüpfungen dienen unserem Gehirn die Assoziationsfasern. Nach welchen Gesetzen die Assoziationen überhaupt ablaufen, das kann uns hier nicht beschäftigen — es wurden eine Reihe von Assoziationsgesetzen aufgestellt. Hier soll nur hervorgehoben werden, was Ziehen bei seinen Assoziationsversuchen an Kindern, Knaben zwischen 8 und 14 Jahren, gefunden hat, insoweit es Beziehung hat zu dem Problem der Kinderaussage. Es ergab sich, daß „die Assoziationsgeschwindigkeit Jahr für Jahr nicht

*) Nur nebenbei mag hier darauf hingewiesen werden, daß die Genauigkeit einer Aussage selbstverständlich auch davon abhängt, auf welcher Stufe der sprachlichen Entwicklung ein Individuum steht; der Gelehrte verfügt im großen ganzen über eine vollkommenere Ausdrucksmöglichkeit als der Bauer, und so der Erwachsene über eine reichere als das Kind.

unwesentlich wächst", und daß sich dementsprechend ein geradezu „gewaltiger" Unterschied in der Assoziationsgeschwindigkeit gegenüber der der Erwachsenen zeigt, bei denen die erwähnten Bahnen durch „die allgemeine Übung, welche das Gehirn in der Schule und im Leben durchmacht", eingeschliffen sind. Es ergab sich ferner, daß Verbalassoziationen, die sich bloß an den Wortklang anschließen, zwar schneller verlaufen als Objektassoziationen, bei denen der Inhalt des Wortes die Grundlage der Verknüpfung bildet, daß sie aber beim Kinde überhaupt viel seltener auftreten als beim Erwachsenen. Endlich ließ sich durch jene Versuche noch zahlenmäßig feststellen, was wir schon vorhin erwähnten, daß nämlich das Kind unverhältnismäßig viel weniger Allgemeinvorstellungen besitzt als der Erwachsene, fast nur in Individualvorstellungen denkt.

Wir nannten vorhin das Gedächtnis als Grundlage alles geistigen Geschehens und ganz besonders als Voraussetzung jeder Aussage, eine Voraussetzung, die intakt sein muß, wenn das Ergebnis richtig sein soll. Wir müssen sie etwas genauer betrachten.

Ganz allgemein verstehen wir unter Gedächtnis die Fähigkeit unserer Psyche, Eindrücke, die ihr irgendwann und irgendwie zugeführt worden sind, in sich weiter wirken zu lassen. Sofern die Phantasie mit diesen Eindrücken arbeitet, ist auch sie eine Teilfunktion des Gedächtnisses. Wir werden auf sie noch zurückkommen.

Vorangestellt seien die anderen Teilfunktionen des Gedächtnisses: das Wiedererkennen, das bei einer Wahrnehmung feststellt, daß ihr Objekt schon einmal wahrgenommen worden ist (und zwar kann diese Feststellung mehr oder weniger präzis erfolgen, so daß wir entweder von einem bloßen Vertrautsein oder von einem Bekanntsein sprechen); ferner das Auswendigkönnen, das ein Auswendiglernen voraussetzt und daher für unser spezielles Problem, die Aussage, weniger in Betracht kommt; endlich die Erinnerung im engeren Sinne, diejenige Funktion, welche jene Eindrücke in bewußter Weise in Verbindung bringt mit dem zugrunde liegenden Objekt, nach



zeitlichen, räumlichen, ursächlichen Zusammenhängen, sie in die Vergangenheit projiziert.

Das Wiedererkennen ist die erste beim Kinde auftretende Stufe der Erinnerung. Sie ist schon bei dem nur einige Monate alten Säugling in ihren Anfängen vorhanden. Aber noch bildet alles, was hinter ihm liegt, eine wogende Nebelmasse, aus der sich nur hier und da ein Licht hebt, und es dauert noch lange, bis eine zeitliche Fixation der Gedächtniselemente erreicht wird. Nach den Beobachtungen Sterns erstreckt sich die spontane Erinnerung, also die Reproduktion ohne sinnliche Gegenwart des Objektes, freilich noch ohne genaue Fixierung der Zeit, im dritten Lebensjahr erst über Wochen, im vierten erst über Monate. Ganz allmählich entwickelt sich das Gegenwartswesen zum Zukunfts- und Vergangenheitsmenschen: die „Latenzzeit", der Zwischenraum zwischen Sinneseindruck und dem Zeitpunkt, in dem eine Reproduktion noch möglich ist, wächst. Ist dieser Zeitraum überschritten, so wird der Eindruck „vergessen". Zweifellos steht fest, daß von allen Eindrücken, die das Kind empfängt, viel mehr vergessen werden, als in der Erinnerung haften — wie beim Erwachsenen auch. Der Prozeß des Vergessens schreitet immer weiter, je weiter der eingeprägte Vorgang zurückliegt*) — beim Kinde wie beim Erwachsenen. Es spielt noch mit hinein die Menge der Zwischeneindrücke; je mehr ihrer sind, desto leichter wird der erste Eindruck verwischt werden. Und weiter kommt in Betracht der Affekt, der die Aufnahme jenes Eindrucks begleitete.

Noch sei darauf hingewiesen, daß durch Wiederholung das Schwinden der Bewußtseinsinhalte verlangsamt wird, insofern der Prozeß des Vergessens nach der „Auffrischung" nicht nur von vorn beginnt, sondern nunmehr auch langsamer verläuft als nach der ersten Einprägung. Umgekehrt kann eine Beschleunigung des Vergessens eintreten, wenn nämlich, unmittel-

*) Lobsien hat durch Versuche an Schulknaben festgestellt, daß die Erinnerung jedoch, wenigstens wenn es sich um die optische Auffassung an sich bekannter Dinge handelt, nicht unmittelbar nach der Beobachtung am deutlichsten ist, sondern erst nach einiger Zeit ihre größte Schärfe erreicht, um dann allerdings kontinuierlich zu sinken.

bar nachdem der erste Eindruck gewonnen worden ist, ein neuer kommt. Dieser übt dann eine „rückwirkende Hemmung“ und stört die „Konsolidierung der schon gebildeten Zusammenhänge“.

Wir haben mit diesen letzten Ausführungen uns längst nicht mehr auf das Gedächtnis der kleinen Kinder beschränkt; sie gelten ebenso vom Schulkind wie vom Erwachsenen. Noch einige wenige Punkte, die Beziehungen zum Aussageproblem haben, seien hervorgehoben.

Wie wir verschiedene Auffassungstypen kennen gelernt haben, so gibt es auch, wie schon gesagt, verschiedene Gedächtnistypen, den optischen, den akustischen und den taktil-motorischen. Wie bei der Auffassung, so vermischen sich jedoch auch hier die Typen, so daß kein Mensch den einen oder andern rein darstellt. Nur herrscht der eine oder andere in der Mischung vor. Man könnte als vierten noch den „logischen“ Typus aufstellen, der sich aber doch auch immer mit dem einen oder andern der früheren verbinden muß und sich im allgemeinen auch erst wesentlich später, bei weiter entwickeltem Intellekt, ausbilden kann. Ganz allgemein scheint in den jüngeren Jahren der optische Typus zu überwiegen.

Hinsichtlich der Merkfähigkeit, der Fähigkeit, unmittelbar zu „behalten“, wurde in einer ganzen Reihe von Versuchen festgestellt, daß Kinder durchweg (die Grenze liegt etwa um das Alter der Entlassung aus der Schule) weniger leisten als der vollentwickelte Mensch. Es ist ein altes, aber deshalb nicht minder unrichtiges pädagogisches Märchen, das mechanische Gedächtnis sei um so besser, je jünger ein Mensch sei. Mit der allgemeinen geistigen Reife nimmt auch die Gedächtnisleistung zu, noch mehr als das mechanische allerdings das logische Gedächtnis, das immer mehr assoziative Stützen findet.

Das für die Aussage wichtigste Moment im Erinnerungsmechanismus ist die Erinnerungstreue, die Zuverlässigkeit des Gedächtnisses. Sie war in den letzten Jahren Gegenstand besonders häufiger Erörterungen. Man ist ja von vornherein geneigt anzunehmen, daß ein Erinnerungsbild, wenn wir überhaupt über ein solches verfügen, der Wirklichkeit

entsprechen müsse; treffe dieses nicht zu, so müsse entweder eine gewollte Fälschung oder ein krankhafter Einfluß schuld sein. Jene modernpsychologischen Beobachtungen und Versuche haben nun aber ergeben, daß es eine physiologische Abweichung des Erinnerungsbildes von seinem Urbild gibt, der jeder, der eine mehr, der andere weniger, verfällt, selbst wenn er subjektiv die festeste Überzeugung von der Treue seines Gedächtnisses hat. Es wurde diese Tatsache zuerst von Stern durch Experimente an Erwachsenen festgestellt; nachher hat er bei Kindern diese „normalpsychologische Unwahrhaftigkeit" in noch höherem Grade gefunden. Er sagt: „Ein bestimmter Grad der Fehlerhaftigkeit ist von vornherein als normales Merkmal auch der nüchternen und ruhigen, selbständigen und unbeeinflußten Durchschnittserinnerung zuzuschreiben. Die fehlerlose Erinnerung ist nicht die Regel, sondern die Ausnahme."

Wenn dies für Kinder noch mehr gilt als für Erwachsene, so sind daran vor allem zwei Eigenschaften des Kindes schuld, die mit dem Älterwerden mehr und mehr zurücktreten. Es sind dies die Suggestibilität und die lebhafte Phantasietätigkeit.

Reden wir hier von Suggestion und Suggestibilität, so handelt es sich natürlich nicht um die absichtliche Herbeiführung hypnotischer Zustände, sondern um jene ungewollte, unter der Schwelle des Bewußten wirkende, stille Beeinflussung von Person zu Person, nämlich von einer autoritativen Persönlichkeit gegenüber dem blind verehrenden und glaubenden Kinde, die Suggestion, wie sie von Eltern, Lehrern, Untersuchungsrichtern in jedem Falle, wenn auch ganz unbeabsichtigt, ausgeübt wird. Die suggestive Beeinflussung ist natürlich um so geringer, je weniger gefragt wird, je mehr jemand nur erzählend seine Aussagen macht. Fast in jedem praktischen Falle aber wird der Aussagende gefragt, und so hat schon länger die Beobachtung der Lehrer die Unzuverlässigkeit derartiger Kinderaussagen in einzelnen Fällen ergeben. Es sei hier an das mehrfach wieder zitierte Beispiel von Agahd erinnert, der einem Kinde in Gegenwart von 52 Mitschülern drei Rutenhiebe gegeben hatte; als er nach drei Tagen die

Klasse fragte, wer den Vorgang gesehen habe, meldeten sich 40 Schüler; zunächst gaben nur 31 den Tag des Vorganges richtig an, nur 26 die richtige Stunde, nur 24 die richtige Zahl der Hiebe; 12 Kinder, darunter 4 aus den zwei vordersten Bänken, behaupteten fälschlich, der Knabe habe sich, ehe er seine Strafe erhielt, bücken müssen, und über den Grund der Bestrafung erfolgten von 31 Kindern, die überhaupt darüber aussagten, acht verschiedene Antworten.

Auch experimentell wurde die Frage der Suggestibilität von verschiedenen Seiten in Angriff genommen. Sehr hübsch sind die Versuche über Suggestion einfacher Sinneswahrnehmungen, die Kosog an Kindern des dritten Schuljahres ausgeführt hat. Sie erstreckten sich auf alle Sinnesgebiete. Er prüfte die Suggestibilität des Gesichtssinnes, indem er den Schülern zunächst aus der Nähe einen weißen Zettel zeigte, in dessen Mitte mit Tinte ein kleiner schwarzer Fleck angebracht war, ließ dann den einzelnen Schüler dreimal nacheinander zurücktreten und langsam so weit näherkommen, bis er den Punkt eben wieder deutlich sah, ließ ihn dann wieder zurücktreten und vertauschte inzwischen unbemerkt den Zettel mit einem anderen, ganz leeren, erhielt aber trotzdem in 55% der Fälle an der erwarteten Stelle die Angabe, der schwarze Fleck sei jetzt wieder deutlich zu sehen. Ähnlich wurde ein Hörversuch angestellt, wobei die Schüler das Erklingen einer Stimmgabel, die vorher mehrfach angeschlagen worden war, hören sollten und tatsächlich auch in 65% der Fälle hörten, obwohl die Stimmgabel beim Versuch nur scheinbar zum Tönen gebracht wurde. Geruch und Geschmack wurden geprüft, indem die Schüler Wasser zu riechen bezw. zu schmecken bekamen, während sie eine andere Flüssigkeit erwarteten, und nun erfolgten in 78 bezw. 75% der Fälle die verschiedensten Angaben über Dinge, die geschmeckt oder gerochen worden seien, wie Zitrone, Zuckerwasser, Öl, Glyzerin, Parfüm, Pfefferminz, Anistropfen, essigsaure Tonerde usw. In entsprechender Anordnung wurde schließlich noch der Tastsinn geprüft und ergab erfolgreiche Suggestion in 45% der Fälle. Am wenigsten zu beeinflussen waren demnach Tastsinn und Gesicht, am meisten Geruch und Geschmack, während das Gehör eine

Mittelstellung einnimmt. Merkwürdigerweise waren die weitaus besten Schüler mit die suggestibelsten, wobei freilich, wie Kosog selbst hervorhob, vielleicht ihr Bestreben, unter allen Umständen etwas Positives zu leisten, also das Verlangte wahrzunehmen, die Suggestion beförderte. Am wenigsten zugänglich für die Beeinflussung des Gesichtssinnes waren die kurzsichtigen Schüler, die ja gewohnt sind, genau hinzusehen. Einen wesentlichen Unterschied zwischen Knaben und Mädchen gleichen Alters fand Kosog nicht.

Weiter seien hier erwähnt die Versuche, die der französische Psychologe Binet an Schülern verschiedenen Alters vornahm. Er ging folgendermaßen vor: Er befestigte sechs Gegenstände, eine Postmarke, ein Geldstück, eine Geschäftsetikette, einen Knopf, das Photogramm eines Mannes im Brustbild und die Abbildung eines Menschenhaufens, auf einem Karton und zeigte diesen den Kindern 12 Sekunden lang, d. h. jedem Kind einzeln, und zwar, um die Situation der im Gerichtssal ähnlicher zu machen, im Zimmer des Direktors und in dessen Gegenwart. In einer Versuchsreihe wurden Fragen ohne alle Suggestivform gestellt, die nur eben dem Gedächtnis eine Aussage abzwingen sollten, z. B. Fragen nach der Farbe der Marke, nach der Befestigungsart des Knopfes, und es ergaben sich dabei schon 27% falscher Antworten. Dann erfolgten Fragen mit verschiedener suggestiver Kraft. Eine Gruppe wurde so gefragt, daß bejahende und verneinende Antworten gleich nahe lagen, z. B.: „Sieht man die Beine des Mannes auf der Photographie oder nicht?"; in dieser Gruppe ergaben sich 27% falscher Antworten. Die Fragen, die der nächsten Gruppe gestellt wurden, legten falsche Antworten näher als richtige, z. B.: „Hat der Mann nicht die Beine gekreuzt?"; dabei erfolgten 38% falscher Antworten. Der letzten Gruppe endlich wurde die Frage so gestellt, daß sie gar nicht hätte beantwortet werden können, daß sie vielmehr zurückzuweisen gewesen wäre, z. B.: „Hat der Mann das rechte Bein über das linke oder das linke Bein über das rechte geschlagen?" Das Ergebnis waren 62% falscher Antworten.

Durch eine andere Versuchsanordnung gelang es Binet, die Suggestion infolge psychischer Ansteckung zu

erweisen. Er bildete Gruppen von drei Kindern, die zusammen verhört wurden, und zwar in der Weise, daß jedes Kind, nachdem die Frage gestellt war, so schnell als möglich antworten sollte. Dabei ergab es sich nun, daß jedesmal gewisse Kinder die Führung der Gruppe übernahmen, immer als die ersten antworteten, während die anderen hinterdrein kamen. Von den Antworten der letzteren aber trug die Hälfte den Charakter völligen oder teilweisen Nachsprechens des von den ersten Kindern Gesagten, ohne Heranziehung eigener Erinnerung an die betreffenden Eindrücke.

Im allgemeinen läßt sich feststellen, daß die Suggestibilität mit der geistigen Reife abnimmt, doch bestehen zweifellos individuelle Unterschiede, insofern das eine Kind sich willig dem suggestiven Einfluß hingibt, das andere sich ihm, gewiß hauptsächlich unbewußt, nach Kräften widersetzt.

In ihrer Wirkung auf die Aussagetreue nahe mit der Suggestibilität verwandt ist die lebhafte Phantasietätigkeit des Kindes. Während aber bei der Suggestion und den aus ihr sich ergebenden Erinnerungsfälschungen der Aussagende von der Realität seiner Aussage durchaus überzeugt ist, ist bei der Phantasietätigkeit, bald mehr, bald weniger, das Bewußtsein vorhanden, zwischen Wirklichem und Unwirklichem zu stehen. Bei ganz kleinen Kindern fehlt die Phantasie noch; erst um die Mitte des dritten Lebensjahres beginnt sie sich zu entwickeln; denn ihr Erwachen hat das Vorhandensein zahlreicher Erinnerungsbilder zur Voraussetzung, wie wir ja schon erwähnt haben, daß die Phantasie gewissermaßen eine Teilfunktion des Gedächtnisses darstelle. Augenblickliche Sinneseindrücke mischen sich mit den Vorstellungen von solchen aus der Vergangenheit, werden durch sie ergänzt, werden mit ihnen kombiniert oder es werden auch nur reproduktive Daten miteinander verknüpft. Die verschiedenen Vorstellungen sind von ihren früheren konkreten Erlebnissen losgelöst, und nach den schon erwähnten Gesetzen der Assoziation kombinieren sie sich, bald mehr zufällig, bald mehr nach einer bestimmten Idee des Individuums als Richtung gebendem Prinzip. Neben dieser kombinatorischen Seite der Phantasie müssen wir aber noch eine andere erwähnen, um den Begriff, wie er allgemein

üblich ist, zu erschöpfen: eine besondere Illusionsfähigkeit, wie sie uns z. B. begegnet, wenn wir hören, daß ein Kind in einem Stück Holz eine Puppe oder gar einen lebendigen Menschen sieht. Diese beiden Seiten der Phantasietätigkeit entwickeln sich bei dem mehrjährigen Kinde rasch. „Kinder wissen aus allem alles zu machen.“ Und sind sie entwickelt, so tritt auch bald schon die „Lust zu fabulieren“ hervor in allerlei kleinen Flunkereien. Etwa im Alter von sechs bis sieben Jahren erreicht diese ihren Höhepunkt, bis schließlich der wachsende Verstand sie besiegt und sie in Fesseln schlägt. Natürlich zeigen sich auch hier wieder starke individuelle Besonderheiten, wie z. B. jeder weiß, der spielende Kinder beobachtet hat; im Spiel nämlich zeigt sich besonders der Unterschied zwischen phantasievollen und phantasiearmen Kindern; reiche Schöpferkraft auf der einen Seite, armseliges Klebenbleiben auf der andern. Das Spiel mit der Aussage aber ist nur eine bestimmte Form des kindlichen Spieles überhaupt, die kindliche Aussage oft nur der spielerische Ausdruck eines momentanen subjektiven Vorstellens, dem etwas Objektives nur ganz entfernt oder auch gar nicht zu entsprechen braucht. Dabei lebt das Kind selbst, wie gesagt, bald mehr, bald weniger vollkommen, in seiner selbstgeschaffenen Phantasiewelt, verteidigt sie nach außen hin, wenn sie verdächtigt wird, mit großer Hartnäckigkeit. Oft handelt es sich dabei nur um ein Übertreiben, ein Vergrößern oder Verkleinern wirklicher Gedächtnisbilder, oft werden einzelne Züge aus einem Erinnerungskomplex in einen andern eingefügt, oft aber, und das ist die eigentlichste Leistung der kombinatorischen Phantasie, werden ganze Vorstellungskomplexe mit anderen verschmolzen, und diese letztere Art ist es gerade, die jene eigentümlichen Gebilde der Phantasie erzeugt, in denen Kinder dann wie in einem Traum befangen sind. Viele von uns Erwachsenen werden sich erinnern, wie sie in ihren Kinderjahren sich so ihre eigene Welt gezimmert haben, darin umhergingen, darin geherrscht haben als in ihrem Königreich. Meistens werden diese Seligkeiten als tiefes Geheimnis bewahrt, oft aber wird doch den Gespielen gegenüber davon erzählt wie von reellen Dingen und Erlebnissen und nicht selten in

so präziser Form, daß der andere es glaubt, gerne glaubt, fester glaubt als der Erzähler selbst. Ich weiß aus meiner eigenen Erinnerung, daß ich meinem um $1^1/_2$ Jahre jüngeren Bruder Erlebnisse erzählt habe, die ich in Wirklichkeit nie hatte; er hat sie mir im Vertrauen auf die Form, in der ich sie vortrug, und auf meine durch das Alter gegebene Autorität geglaubt, hat sie im Gedächtnis aufbewahrt und hat mich viel später an manches meiner „Erlebnisse" erinnert, das ich selbst inzwischen vergessen hatte und das mir nun erst wieder einfiel, aber mit dem bestimmten Bewußtsein, daß ich es seinerzeit nur in der Phantasie erlebt hatte. Ein sehr schönes Beispiel, das hierher gehört, erzählt Goethe im zweiten Buche von „Dichtung und Wahrheit": jenes Märchenerfinden und -erzählen, das er im Kreise seiner Kameraden so gern und mit so großem Erfolge betrieb. Auch Storm erzählt uns ähnliches aus seiner Jugend, und bei Mörike z. B. reichte diese Vorliebe, sich ein Traumland zu ersinnen, sich dahin zu flüchten, davon zu erzählen, bis weit in die Jünglingsjahre hinein.

Daß auf diesem Gebiete das Experiment nicht oder nur in sehr beschränkter Weise anwendbar ist, liegt auf der Hand. Es mußten darum etwas reichlicher zufällige Beobachtungen herangezogen werden. Dieser Teil des Aussagemechanismus ist aber auch schon darum etwas ausführlicher darzustellen, weil hier ganz besonders Störungen in seinem Räderwerk zu konstatieren sind, Störungen, die, wie wir gesehen haben, durchaus innerhalb der Grenze des Normalen liegen, als physiologisch zu bezeichnen sind und doch die Aussage so gänzlich fälschen können. Und noch aus einem Grunde: weil von hier aus die Übergänge hinüberführen zu den krankhaften Störungen, auf die wir nachher zu sprechen kommen werden, und zunächst zu einigen Zwischenerscheinungen, deren wir jetzt zu gedenken haben.

Schon bei den bisherigen Erörterungen ist wohl ein Begriff immer wieder in Ihrem Bewußtsein aufgetaucht, der Begriff der Lüge. Wir wollen hier die Lüge definieren und wir werden dann sehen, daß keine der bisher erwähnten Erscheinungen zur Lüge im eigentlichen Sinne des Wortes zu rechnen

ist. Die Lüge ist die wissentliche und absichtliche Aussage einer Unwahrheit zu dem Zweck, andere irre zu führen. Alle diese Merkmale sind nötig, wenn wir von einer Lüge sprechen wollen. Es leuchtet daraus aber auch sofort ein, daß wir in diesem Sinne von einem kleinen Kinde bis zum dritten oder vierten Jahre überhaupt nicht sagen können, es lüge: es fehlen dazu schon die intellektuellen Voraussetzungen, noch mehr das Bewußtsein des Unerlaubten.

Aber wir können einen Teil der bisher angeführten Aussagefälschungen schon zu den sogen. Scheinlügen zählen, sowohl die durch Erinnerungstäuschungen hervorgerufenen wie die phantastischen Illusionserzählungen: sie alle hatten keine Beziehungen zu Vorteil oder Nachteil des Kindes, beruhten rein auf Eigentümlichkeiten des Vorstellungslebens, während die eigentliche Lüge immer eine Beteiligung der Affekt- oder Willensfunktion voraussetzt: das Kind ist „interessiert" bei der Sache. Doch gibt es auch noch „interessierte" Aussagefälschungen, die wir in das Gebiet der Scheinlüge weisen müssen.

Charakteristisch ist für sie das Impulsive, nur Affektive, das für ihr Zustandekommen den Ausschlag gibt. Es sind die Abwehrlügen, der unmittelbare Ausfluß des Selbsterhaltungstriebes, der Unangenehmes fernhalten will. Dieses eigentlich unwillkürliche Sichretten vor drohendem Unheil findet mechanischen, aktiven, aber auch sprachlichen Ausdruck, und dieser letztere trägt dann eben die Form der Lüge, der Natur der Sache entsprechend im allgemeinen eine negative Form, das Inabredestellen einer Tatsache. Hierher gehört auch das Vorspiegeln von Schmerzen oder von körperlichen Bedürfnissen, um dadurch einer unangenehmen Situation zu entgehen; wie ich z. B. bei meinem 14 monatigen Neffen häufig beobachtet habe, daß er die Laute ausstieß, die der Mutter ein natürliches Bedürfnis bezeichneten, um dadurch dem ihm unangenehmen langen Sitzen in seinem geschlossenen Stuhle zu entgehen. Von bewußter Lüge kann hier sicher keine Rede sein; aber das Kind weiß, daß auf jene Laute hin jedesmal die gewünschte Abwechslung gebracht worden ist, und so sucht es dieses Ziel eben auch unabhängig von der „Bedürfnisfrage"

zu erreichen. Ähnlich liegen die Dinge, wenn das älter gewordene Kind angibt, Hunger zu haben, in dem Moment, wo es irgend etwas Lockendes sieht oder riecht. Auch noch weiterhin finden wir bei älter werdenden Kindern die Angstlüge — meist allerdings in ihrer Häufigkeit wesentlich bedingt von der Art der Erziehung.

Schon ernster zu nehmen sind die positiven Beschuldigungen, selbst wenn sie noch „harmloser Natur" sind, wie sie vom Kinde zuweilen gegen Geschwister oder Kameraden vorgebracht werden, und es wird nicht immer angehen, sie als Scheinlüge zu deuten. Es kommen eben auch schon im vorschulpflichtigen Alter wirkliche Lügen vor, bei einem Kinde häufiger, bei dem andern seltener. Wesentliche Merkmale der eigentlichen Lüge, auf die wir damit nun zu sprechen kommen, sind noch die Beharrlichkeit, mit der gelogen wird, und, falls es sich nicht bloß um ein Leugnen, sondern um eine positive Lüge handelt, die Überlegtheit, die eine Lüge ausheckt, ihre Konsequenzen überdenkt, event. Stützen für ihre Wahrscheinlichkeit ersinnt.

Man hat verschiedene Arten der echten Lüge unterschieden. Ein Unterschied ist es zweifellos, ob eine Lüge spontan produziert wird oder ob sie durch Fragen, auch nichtsuggestiver Art, geweckt wird. Ein Unterschied ist es ferner, ob ein Kind aus Eitelkeit und Wichtigtuerei lügt, wie dies gar nicht selten ist, oder ob es sich bei ihm um die Erreichung grober materieller Vorteile oder gar um einen Ausdruck seines Hasses, seiner Rache, seines Neides handelt; ob eine „Parteilüge" vorliegt mit der Tendenz: „Wahrheit den Freunden, Lüge den Feinden", oder eine egoistische Lüge, wo nur der kleine Lügner selbst den zu erwartenden Vorteil genießt; ob ein Kind „heroisch" lügt, um etwa eine Strafe von einem schwächeren Kameraden auf sich zu lenken, oder umgekehrt eine Schuld auf einen anderen abwälzt. Für die moralische Bewertung kommen diese Unterschiede in jedem Fall in Betracht, und auch psychologisch sind sie natürlich von Bedeutung, wenn auch die Grenzen nicht immer scharf gezogen werden können.

Wir haben aber noch zwei Gruppen von Lügen zu er-

wähnen, die nicht gerade allzu häufig sind, uns hier aber besonders interessieren müssen: die phantastische Lüge und die pathologische Lüge. Die Grenze der beiden Gruppen ist durchaus keine feste; ebensowenig sind sie scharf zu trennen von den Erscheinungen, die wir schon bei den Erinnerungstäuschungen und bei der, moralisch gesprochen, noch erlaubten lebhaften Phantasietätigkeit erwähnt haben. Aber noch gegen ein anderes Gebiet ist die Grenze sehr unbestimmt, gegen die künstlerische Betätigung. Das immer wieder angeführte klassische Beispiel einer phantastischen Lüge ist die, welche Gottfried Keller in seinem „Grünen Heinrich" von sich erzählt; das hartnäckige Verhör nach der Herkunft eines von dem Knaben gebrauchten häßlichen Wortes regt zur Erfindung der ganzen Lügengeschichte an, worin er seine Kameraden beschuldigt, sie hätten ihn an einen Baum gebunden und so lange geschlagen, bis er die auf Lehrer und Geistlichen bezüglichen Schimpfworte ausgesprochen habe. Das spinnt er in durchaus glaubwürdiger Weise aus und erzielt die Bestrafung seiner Mitschüler. Seine stark entwickelte Phantasie, die den Mann zum Dichter gemacht hat, machte den Knaben zum Lügner. Er weiß, daß er Falsches berichtet, aber die Grenze zwischen Wahrheit und Dichtung ist in seinem Bewußtsein verwischt.

In manchen Fällen führt das phantastische Lügen zur pathologischen Lüge, einer eigenartigen Form seelischer Entartung, von Delbrück als Pseudologia phantastica bezeichnet. Der pathologische Lügner erfindet Geschichten, und hat er sie oft genug erzählt, so ist er selbst fest von ihrer Wirklichkeit überzeugt, hat sich am Ende selbst belogen. Es handelt sich dabei gewöhnlich um Erlebnisse, die der Betreffende zwar nicht erlebt hat, aber erlebt haben möchte. Dieser Wunsch führt zu einer so innigen Vermengung krankhaft gefälschten Bewußtseinsinhaltes mit bewußter Lüge, daß die Selbstkritik zur Scheidung beider nicht mehr ausreicht. Was der pathologische Lügner erreichen will, sind weniger materielle Vorteile als ein gewisses Ansehen bei den Hörern; Eitelkeit, Wichtigtuerei sind seine affektiven Triebfedern, und diese ganze Erscheinung finden wir zuweilen schon voll aus-

geprägt bei Kindern, immer unter Mitwirkung einer angeborenen lebhaften Phantasietätigkeit.

Damit sind wir aus dem Bereiche des Normalen eigentlich ohne merkbare Grenze hinübergeglitten in das pathologische Gebiet. Wir haben gesehen, wie in jedem einzelnen Punkt der psychische Reflexbogen derart alteriert sein kann, daß die Wirkung eine Fälschung der resultierenden Aussage ist. Stillschweigend hatten wir anfangs vorausgesetzt, daß dabei der Wille des Aussagenden auf Erzielung der Wahrheit gerichtet sei, und nur kurz haben wir zuletzt die eigentliche, „normale" Lüge gestreift, von der wir dann sprechen, wenn diese Voraussetzung nicht zutrifft.

Erwähnen möchte ich noch, daß auch die Frage der kindlichen Lüge experimentell in Angriff genommen worden ist. Franken hat Untersuchungen über das Wahrheitsbewußtsein von Schulkindern angestellt. Er richtete an 40 Knaben und Mädchen im Alter von 10 bis 13 Jahren je 400 Fragen, und die Kinder mußten auf ihr Blatt Papier nur mit einem Ja oder Nein schreiben, ob sie die betreffende Frage beantworten könnten; z. B. fragte er: „Weißt du, an welchem Flusse Leipzig liegt?", „Weißt du, auf welchem Berge Moses starb?" Ohne daß die Kinder davon vorher eine Ahnung hatten, kam nachher die Kontrolle, wobei gefragt wurde: „An welchem Flusse liegt Leipzig?" „Auf welchem Berg starb Moses?" Dabei ergab sich, wenn ich von Einzelheiten absehe, daß etwa 25% der ursprünglichen Antworten der Kontrolle nicht standhielten, d. h. daß die Kinder mit ja geantwortet hatten, ohne nachher wirklich die Kontrollfrage beantworten zu können. Der „Wahrheitswert" der Mädchen war etwas größer als der der Knaben. Weiter wurde bei dieser Gelegenheit festgestellt, daß Durchschnittsintelligenzen das geringste Wahrheitsbewußtsein besaßen; über und unter dem Durchschnitt der Intelligenz stiegen die Wahrheitswerte der Aussage.

Die Lüge, die in den meisten Fällen, wo sie auftritt, zweifellos in das Gebiet des Physiologischen gehört, hat uns, wie gesagt, doch auch schon das Pathologische zu streifen genötigt. Wenn wir nunmehr einige weitere krankhafte Mo-

mente besprechen wollen, die imstande sind, die Kinderaussage zu fälschen und es in Wirklichkeit nicht allzu selten tun, so kann eine Vollständigkeit dieser Ausführungen gar nicht erstrebt werden. Das hieße beinahe eine Psycho-Pathologie des Kindes überhaupt geben, was weit über unseren Rahmen hinausfiele. Es seien also nur einige besonders wichtige Punkte herausgegriffen.

Die krankhafte Störung des Aussagemechanismus kann ebenso wie die noch normal-psychologische an jeder Stelle einsetzen, und da auch beim Kinde schon fast alle beim Erwachsenen vorkommenden Anomalien des seelischen Lebens in geringerer oder größerer Häufigkeit vorkommen, so gilt dies, wie von der Aussage überhaupt, so auch von der hier in Frage stehenden Aussage des Kindes. Immerhin überwiegen bei jugendlichen Individuen einzelne Krankheitsformen so sehr, daß wir gerade sie herausgreifen und an sie anknüpfend die einzelnen zu einer Aussagefälschung führenden krankhaften Erscheinungen besprechen wollen. Es wird sich dabei, wie dies in der Natur der Sache liegt, hauptsächlich handeln um angeborene psychische Anomalien, dann um solche, die dem jugendlichen Alter speziell zukommen und in einer kleinen Zahl von Fällen schon in den hier zur Diskussion stehenden Jahren des Kindesalters zum Ausdruck gelangen.

Man faßt eine große Gruppe angeborener psychischer Anomalien zusammen unter dem Begriff der Imbezillität. Es handelt sich dabei gewiß ätiologisch um ganz verschiedenartige Dinge; die Wirkung ist aber in jedem Falle die eines intellektuellen Defektes, besonders der Urteilsfähigkeit, wozu sich dann noch andere krankhafte Erscheinungen des seelischen Lebens entweder dauernd oder als einzelne Episoden gesellen können. Ist der Defekt ein sehr hochgradiger, so spricht man von Idiotie; wir haben uns mit dieser jedoch nicht zu beschäftigen, da es beim Idioten kaum je dazu kommen wird, „Aussagen" zu machen; dazu ist er von vornherein nicht imstande, und auch dem Laien wird diese Unmöglichkeit alsbald einleuchten; es fehlen hier unter Umständen alle Grundlagen für eine Aussage, angefangen schon mit der Entwicklung der Sprache. Anders bei den weniger stark aus-

geprägten Fällen von Imbezillität. Die ihrem Gebiet zuzurechnenden Individuen werden gar nicht selten in die Lage kommen, „auszusagen“, aus dem Grunde, weil sie nicht selten Objekte und damit vielleicht einzige Zeugen dieses oder jenes Deliktes sind. Die leichteren Formen der Imbezillität zu erkennen, ist nicht immer einfach, vor allem wenn es sich um Kinder handelt, wo ja die geistige Entwicklung überhaupt erhebliche individuelle Varietäten aufweist, und wo namentlich der Schulunterricht, zumal der nicht mehr bloß gedächtnismäßige der höheren Klassen, noch nicht gesiebt und gesichtet hat.

Erfreulicherweise besitzen wir auch über die Aussagefähigkeit Imbeziller experimentelle Studien, und zwar wieder von Lobsien. Er hat sie an Schülern der beiden oberen Klassen der Kieler Hilfsschule für Schwachbegabte angestellt, hatte also ein Material, das bereits durch einen mehrjährigen Unterricht vorgebildet war. Es ergab sich zunächst, daß die Fähigkeit unmittelbarer Reproduktion geschauter bildlicher Darstellungen einfachster Art von den ältesten Schülern an sehr rasch nach unten abnimmt, so daß schon bei den 10- bis 11jährigen von einer Reproduktion kaum mehr die Rede sein kann. Es zeigte sich ferner, daß Imbezille der Suggestion unverhältnismäßig viel stärker unterworfen sind als normale Schüler, und zwar um so mehr, je höher der Grad der Imbezillität ist. Zahlenmäßig abzuschätzende Werte wurden von nur 2,3% der Imbezillen richtig angegeben, gegenüber 21,1% bei geistig gesunden Schülern, wobei allerdings die Schwankungszone bei letzteren eine größere war. Endlich ist als das wesentlichste Ergebnis von Lobsiens Untersuchungen hervorzukehren dasjenige, das sich auf das Gedächtnis bezieht. Soweit es auf mechanische Gedächtnisleistungen ankommt, übertreffen die Imbezillen den Normalen. Sie stehen ihnen aber überall nach, „wo ein freieres Spiel der Vorstellung und ein bestimmtes Maß absichtlichen Bemühens notwendig ist, Vorstellungsverbindungen so zu dirigieren, daß sie geeignet sind, vorhandene Lücken auszufüllen. . . . . Wo es sich nicht lediglich um mechanischen Ablauf handelt, wo es darauf ankommt, die Vorstellungsmassen so einzustellen, daß sie ein

möglichst weites Blickfeld ermöglichen, ferner den Blickpunkt wandern zu lassen, dabei stets zu trennen, zu verbinden, zu werten, wo es ferner darauf ankommt, bei der Reproduktion die wesentlichen Umstände festzuhalten durch sorgfältiges Prüfen, Vergleichen, Werten, kurz um kombinatorische Betätigung — da scheidet sich der Imbezille von dem normal befähigten Schüler wesentlich zu seinen Ungunsten in der Zuverlässigkeit der Aussage.“ Ähnliche Ergebnisse hatte Ranschburg bei seinen Untersuchungen, die er an Schülern zwischen 11 und 17 Jahren an der Budapester Hilfsschule anstellte, und zwar handelte es sich dabei um Individuen, deren Abnormitäten und Defekte zum guten Teil nicht so in die Augen sprangen, daß bei etwaiger Zeugenschaft ihre Imbezillität von selbst aufgefallen wäre. Er fand eine höchst armselige Spontaneität der Angaben, wohingegen die Zahl der auf normale Fragen und auf Suggestivfragen gemachten Angaben größer war als bei den Normalen. Durch Suggestivfragen war eine enorme Beeinflussung möglich. Die falschen Aussagen überwogen bei weitem die eines normalen siebenjährigen Kindes.

Abgesehen vom Experiment haben auch zahlreiche psychiatrische Beobachtungen die Herabsetzung des Gesamturteilsvermögens beim Imbezillen zur Genüge dargetan. Wir finden bei ihm, wahrscheinlich infolge einer ungenügenden Ausbildung der erwähnten Verbindungsbahnen im Gehirn, eine unvollkommene Bildung von Vorstellungen, und da infolgedessen neue Eindrücke nicht den zu ihrer zweckmäßigen Einordnung nötigen Boden finden, so kommen auch sie nur ungenau oder völlig gefälscht zur Wahrnehmung, und es ergibt sich daraus ein verhängnisvoller Zirkel. Auch langsamer als beim Normalen vollziehen sich beim Imbezillen die psychischen Funktionen, wie durch Zeitmessungen in vielen Fällen festgestellt worden ist, und alle diese Momente beeinträchtigen natürlich die Aussagetreue ganz enorm — wozu noch der durch die Versuche festgestellte, durch die Beobachtung gleichfalls bestätigte Mangel in der Entwicklung des logischen Gedächtnisses kommt.

Was die Aussagen von Imbezillen noch unbrauchbarer macht, ist der Umstand — der ja bei experimentellen Versuchen nicht mit in Rechnung gestellt werden kann —, daß

zu der rein intellektuellen Minderwertigkeit sich fast in allen Fällen noch Defekte auf anderen Gebieten des Seelenlebens hinzugesellen, weshalb man ja auch statt des Ausdrucks Schwachsinn den weiteren: psychische Schwäche vorgezogen hat. Es sind im allgemeinen Störungen, auf die wir nachher zurückkommen werden, da sie einer anderen von uns zu besprechenden Krankheitsgruppe in noch höherem Grade eigen sind.

Hier sei zunächst noch kurz erwähnt eine allgemeinpsychiatrisch sehr wichtige, in unserem Zusammenhang mehr nur nebenbei zu streifende Krankheitsgruppe, die Dementia praecox, die jugendlichen Verblödungsprozesse. Wir reihen sie hier ein, weil auch bei ihnen, wie bei der Imbezillität, fast ausnahmslos eine deutliche Urteilsschwäche besteht, neben der allerdings die gemütliche Abstumpfung eine mindestens gleich wichtige Rolle in dem sonst so variablen Symptomenkomplex spielt. Wir haben diese Gruppe aber nicht ausführlich zu besprechen, einmal, weil ihr Beginn in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle jenseits des Kindesalters liegt; sodann, weil ihre Erscheinungen im allgemeinen so stürmische sind, daß von einem derartigen Kranken „Aussagen" wohl nicht mehr verlangt werden. Nach beiden Richtungen gibt es aber Ausnahmen. Die Krankheit kann schon mehrere Jahre vor der körperlichen Pubertät einsetzen, wie z. B. Ziehen den Fall eines siebenjährigen Kindes erwähnt, der hierher zu rechnen ist. Und die ersten Erscheinungen können so stille sein, daß nicht ohne weiteres die Krankheit als solche erkannt wird, wie ja jeder Psychiater weiß. Insbesondere ist es die hebephrene Form der Dementia praecox, die einen derartigen ruhigen Beginn und Verlauf nehmen kann, also unerkannt bleibt und den Kranken nicht davor bewahrt, aussagen zu müssen. Neben den erwähnten Urteils- und Gemütsdefekten, die ja für sich natürlich Aussagen zu fälschen imstande sind, hätten wir hier einige weitere Symptome zu erwähnen, die zu dem gleichen Ergebnis führen können. Es treten nämlich, bald mehr, bald weniger zahlreich, bald dauernd, bald nur vorübergehend, Sinnestäuschungen auf, sowohl Illusionen als Halluzinationen, und ebenso Wahnideen verschiedenster Färbung. Es

genügt, darauf hingewiesen zu haben. Wie sie im einzelnen den Aussagemechanismus zu schädigen vermögen, liegt auf der Hand. Und daß der Hebephrene ebenso wie der Imbezille als Zeuge ganz oder nahezu unbrauchbar ist, ergibt sich daraus ohne weiteres.

Größere Schwierigkeiten können entstehen, wenn es sich um Epileptiker handelt. Auch die Epilepsie setzt meist im jugendlichen Alter ein, oft schon in den ersten Lebensjahren, und wir haben daher ihrer hier zu gedenken. Auch ist ihre Bedeutung für die Aussagetreue keine geringe. Wir haben im Bilde der Epilepsie bekanntlich zu unterscheiden zwischen den sie charakterisierenden transitorischen, anfallsweise auftretenden Bewußtseinsveränderungen verschiedensten Grades und den nicht unbedingt erforderlichen chronischen Abweichungen von der Gesundheitsbreite. Die episodischen wie die habituellen Erscheinungen können für die Aussage wichtig werden. Die chronischen Veränderungen können in geistigen Defekten bestehen (und gerade bei kindlichen Fällen trifft dies vielfach zu), die mit denen der Imbezillität so große Ähnlichkeit haben, daß wir für unsere Zwecke sie ihnen gleichsetzen können und darum nicht weiter zu erörtern brauchen. Hinzu kommt beim „epileptischen Charakter" häufig etwas Egoistisches, Rechthaberisches, Selbstgefälliges, Eigenschaften, die wohl imstande sind, die Treue einer Aussage zu trüben. Dann bildet sich beim Epileptiker ganz besonders eine gewisse Gedächtnisschwäche aus, die nicht selten zu falschen Aussagen führt. Endlich begründet auch der Schwachsinn des Epileptikers in besonderem Maße die beim Schwachsinn überhaupt ja schon erwähnte Bestimmbarkeit.

Erstmals treten uns beim Epileptiker krankhafte Bewußtseinsveränderungen entgegen, und wir haben sie daher an dieser Stelle zu besprechen. Die Bewußtseinsstörungen können die verschiedensten Grade aufweisen, von der vollkommenen Bewußtlosigkeit bis zur leichten Umnebelung; sie können für die Dauer der „Anfälle" auftreten, ihnen vorausgehen, sie überdauern, sie ersetzen; sie können von

Bruchteilen einer Minute bis zu Stunden, Tagen und Wochen andauern. Den Indikator für das Vorhandensein einer Bewußtseinstrübung gibt uns im großen ganzen das Verhalten des Gedächtnisses ab; doch ist es durchaus nicht so, daß etwa der Tiefe der Bewußtseinsstörung die Größe und Vollkommenheit der Erinnerungslücke entspräche, und so sehen wir auf Bewußtseinsveränderungen verschiedensten Grades Gedächtnisdefekte von mannigfachster Art folgen, von der vollkommenen Amnesie bis zur leichten Unklarheit der einzelnen Erinnerungsbilder, ferner leidliche Erinnerung im ganzen mit dazwischen liegenden einzelnen absoluten Lücken, und umgekehrt vollkommene Amnesie mit deutlicher Erinnerung an ein einzelnes, in die betreffende Zeit fallendes Moment; endlich kommt noch eine retrograde Amnesie vor, Erinnerungslosigkeit für eine Spanne Zeit, die der Bewußtlosigkeit vorausging. Wenn wir all dies bedenken, brauchen wir uns nicht zu wundern, daß die Aussagetreue beim Epileptiker, selbst wenn er den besten Willen hat, und auch in Fällen, wo ein Dauerdefekt nicht vorhanden ist, recht oft in Zweifel zu ziehen sein wird. Aber es kommt für unsere Frage noch eine ganz besonders wichtige Tatsache hinzu, nämlich die, daß Epileptiker nicht selten Traumerlebnisse, die sie während ihres Zustandes von verändertem Bewußtsein hatten, mit hinüber nehmen in die folgende anfallsfreie Zeit und sie dann vollständig wie normalen Bewußtseinsinhalt verwerten. Auch das Gefühl, eine Lücke in der Erinnerung ausfüllen zu müssen, mag zu allerlei Konfabulationen Anlaß geben. In anderen Fällen endlich können Traumerinnerungen, die mit der Wiederkehr des Bewußtseins völlig geschwunden waren, durch zufällige spätere Sinneseindrücke wieder geweckt werden. Alle diese Umstände sind natürlich in hohem Maße geeignet, Aussagen zu erzeugen, denen kein wirklicher Vorgang entspricht, und so sind in der Tat viele falsche Zeugenaussagen, viele falsche Anschuldigungen entstanden, bald in ernster Form vor Gericht, bald in der harmloseren dem Arzt oder dem Wärter oder einem Angehörigen gegenüber. Fälle dieser Art kennt jeder, der mit Epileptikern zu tun hatte.

Bei Aussagen nach Fieberdelirien, die ja auch bei

Kindern nicht selten sind, liegen die Dinge ähnlich; ihre Besprechung im einzelnen erübrigt sich daher.

Die aussagefälschenden Momente aller bisher genannten Krankheitsformen liegen hauptsächlich auf intellektuellem Gebiet — das Wort in seiner weitesten Bedeutung gefaßt. Sehen wir von einigen auch noch hierher gehörigen, aber nur seltenen Krankheitsbildern ab, wie etwa von der jugendlichen Paralyse, so könnten wir nunmehr übergehen zu jenen Störungen, bei denen die Aussagetreue hauptsächlich durch pathologische Einflüsse von seiten des Affekt- und des Trieblebens beeinträchtigt wird.

Die Krankheiten, die durch Affektstörungen in erster Linie gekennzeichnet sind, die Manie und die Melancholie, kommen zwar schon im Kindesalter vor; auch sind sie wohl imstande, eine Aussage so oder so zu färben — es ergeben sich dabei pathologische Steigerungen dessen, was wir von Optimismus und Pessimismus gesagt haben —; im ganzen sind sie aber doch recht selten, und sie beanspruchen daher kein näheres Eingehen.

Sehr wichtig dagegen sind die unter dem Namen der psychopathischen Konstitution — im weitesten Sinne — zusammenzufassenden Krankheitsbilder. In dies Gebiet herüber vor allem führen die Fäden, welche, wie wir sahen, das gesunde geistige Geschehen mit dem kranken verbinden; hier ist das eigentliche Grenzland. Und die hier zu erwähnenden Störungen sind es auch, die sich, wie wir schon angedeutet haben, oft vergesellschaften mit den Erscheinungen der Imbezillität und so den „psychischen Schwächezustand“ ausmachen. Sie liegen letzten Endes hauptsächlich im Gebiete des Gefühlslebens. Hier zeigen sich angeborene Disharmonien, Steigerungen und Abschwächungen nach den verschiedensten Seiten, die zu einer Labilität des gesamten Seelenlebens führen, zu pathologischen Affekten und Stimmungen, weiterhin dann aber auch zu Störungen des Trieblebens, des Wollens und des Handelns. Es leuchtet ein, wie jeder dieser Faktoren imstande ist, Aussagen zu fälschen. Es sind aber besonders zwei Abnormitäten zu nennen, die auf diesem Boden der psychopathi-

schen Konstitution erwachsen, beim Kinde schon auftreten und seine Aussagen beeinflussen können. Die eine dieser Erscheinungen ist gekennzeichnet durch die Abwesenheit oder starke Abstumpfung aller höheren Gefühle; es ist die Moral insanity oder kurzweg Amoralität. Der „Amoralische" lügt, weil ihm das Gefühl für Wahrhaftigkeit fehlt; gewiß weiß er rein intellektuell, daß er nicht die Wahrheit sagt; aber daß darin ein ethischer Defekt liegt, dafür fehlt ihm das Verständnis, einfach weil er es nicht fühlt. Immerhin ist diese Spielart von Degenerierten keine häufige. Sehr häufig dagegen ist die andere, die hysterische. Und wir müssen der Hysterie, die also auch auf dem Boden der minderwertigen Veranlagung erwächst, noch einige Worte im besonderen widmen.

Typisch für sie ist das Überwiegen von Gefühlsregungen, weiter die lebhafte Phantasietätigkeit und endlich die Beeinflußbarkeit des ganzen psychischen Geschehens wie auch körperlicher Vorgänge durch jene beiden zuerst genannten Momente; umgekehrt ist wieder das psychische Geschehen durch äußere Einflüsse und so auch durch Suggestion stark zu beeinflussen. Für uns wichtig sind, neben der hysterischen Charakterveränderung mit ihrer Lügenhaftigkeit und ihrer Neigung zum Verleumden, besonders einige bei der Hysterie häufige Erscheinungen: die Stimmungsschwankungen, die den Kranken unberechenbar erscheinen lassen, ferner die Neigung zu phantastischen Sinneswahrnehmungen, der Hang zum Wachträumen, und endlich das Auftreten von Dämmerzuständen. Diese letzteren sind für unsere Frage ähnlich zu beurteilen wie die Dämmerzustände der Epileptiker, während die beiden zuvor erwähnten Erscheinungen ganz besonders Gelegenheit geben zur Erfindung wahnhafter oder doch stark gefälschter Erlebnisse, zu den lebhaften Erinnerungstäuschungen, zu einem förmlichen Einspinnen in ein Gewebe von krankhaft erzeugten, aber nicht als krankhaft empfundenen Vorstellungen. Daraus entstehen dann jene zahlreichen falschen Anschuldigungen Hysterischer, die sich glücklicherweise meist früher oder später als solche enthüllen; sicher aber auch viele falschen Zeugenaussagen Hysterischer, die nie als solche erkannt werden.

Beispiele, daß schon Kinder hysterisch sind, gehören nicht zu den Seltenheiten, und daß sie falsche Aussagen machen, ebensowenig. Zu den geradezu typischen Erscheinungen gehören z. B. Anschuldigungen wegen sexueller Attentate. Z. B. teilt Binswanger den Fall eines 13jährigen Mädchens mit, das sich nachher als ausgesprochen hysterisch erwies; es hatte ohne Ursache das Elternhaus verlassen, war zu einer Tante gereist, hatte dort erzählt, ihr Vater habe mit ihr verkehrt, habe sie geschwängert, und sie habe auch ein Kind geboren, das aber schwächlich war und nur drei Tage gelebt habe; sie beschrieb alle Einzelheiten des Geschlechtsaktes usw.; die Untersuchung ergab die Haltlosigkeit ihrer Behauptungen, und sie gab auch selbst schließlich die Unrichtigkeit zu: die Gedanken seien ihr eben so in den Sinn gekommen und sie habe sie aussprechen müssen.

In die Welt dieser Erscheinungen führen jene Fälle von Pseudologia phantastica und von noch normaler Erinnerungsfälschung herüber, die wir erwähnt haben. Hier, in der psychopathischen Konstitution mit ihren einzelnen Abarten vereinigen sich alle jene Symptome, die schon die Grenzfälle charakterisiert haben, in gesteigertem und gehäuftem Maße. Noch einer Erscheinung sind wir dort bereits begegnet: der starken Beeinflußbarkeit. Wir finden sie hier wieder, als ein Zeichen psychischer Minderwertigkeit.

Dies führt uns schließlich zu einer noch zu erwähnenden Form geistiger Störung, die allerdings keine Krankheitsgruppe für sich bildet, sondern das auslösende Moment verschiedener geistiger Erkrankungen sein kann: zur Induktion. Die erhöhte Beeinflußbarkeit kann bei einem disponierten Individuum so weit gehen, daß es sich auch von einem Geisteskranken beeinflussen läßt, und zwar gerade durch die krankhaft veränderten Bestandteile seiner Psyche. Diese Beeinflussung, die Induktion, tritt bei jenen krankhaft Disponierten dann besonders leicht ein, wenn der primär Erkrankte in irgendwelchem Autoritätsverhältnis zu ihm steht, und sie geht so weit, daß der Induzierte nach der Beeinflussung die gleichen Krankheitszeichen zeigt wie der Induzierende, gewöhnlich Wahnideen verschiedenster Färbung, aber sogar Illusionen und Hallu-

zinationen gleichen oder ähnlichen Inhalts. Unter Umständen ist sogar nicht nur die Induktion eines einzelnen, sondern selbst die mehrerer Personen, ja auch größerer Massen möglich. Welche Bedeutung muß diese Form der Beeinflussung für die Treue der Aussage haben! Und wie wichtig ist es, sie zu kennen in Fällen, wo mehrere Zeugen gleiche Aussagen machen, von denen der eine psychisch krank ist und in einem Autoritätsverhältnis zu dem anderen steht, also namentlich, wenn es sich um Eltern und Kinder handelt!

Allzu häufig sind sie ja freilich nicht, und ich habe in der Literatur überhaupt keinen einzigen gefunden, wo es sich bestimmt um Aussagen induzierter Kinder gehandelt hätte. In dem von Siemens mitgeteilten Falle liegen die Dinge so, daß ein geisteskranker Vater seine Kinder und sein eben der Schule entwachsenes Dienstmädchen so lange durch fürchterliche Drohungen einschüchterte und mit Prügeln zwang, bis sie aussagten, was er haben wollte, daß nämlich, wie er sich wahnhaft einbildete, während seiner Abwesenheit in seinem Hause die wüstesten Orgien gefeiert würden, deren Urheber eine große Reihe angesehener Männer, deren Opfer die Frau, die Kinder, das Dienstmädchen, schließlich sogar die Leiche eines verstorbenen Kindes wären. Von einer seelischen Ansteckung, als was wir die Induktion doch betrachten müssen, kann natürlich bei Anwendung solcher Mittel nicht die Rede sein, und die Kinder sagten denn auch nur so lange im Sinne des Vaters aus, als sie unter seinem Zwange standen oder zu stehen glaubten; nachher änderten sie alsbald ihre Angaben.

Ich bin nun in der Lage, einen Fall mitzuteilen, in dem es sich sicher um Induktion gehandelt hat, und es sei mir mit Rücksicht auf die Seltenheit gestattet, ihn etwas ausführlicher darzustellen.

Am 19. Januar 1909 wurde Herr X. verhaftet auf Grund einer gegen ihn von seinem Schwager, Herrn Dr. med. Y., bei der Staatsanwaltschaft erstatteten Anzeige, wonach X. mit seinen beiden Nichten, den Kindern des Y., der 1899 geborenen Hermine*) und der 1901 geborenen Else, Notzucht be-

*) Die Namen sind verändert.

gangen bezw. an ihnen unzüchtige Handlungen vorgenommen haben sollte. Die ersten Notzuchtsversuche, und zwar an beiden Kindern, fielen angeblich in das Jahr 1905 und seien im Pferdestall ausgeführt worden. Von da an habe X. den Beischlaf häufig mit den Mädchen vollzogen, auch gegen deren ausdrücklichen Willen, gewaltsam, und sogar in Gegenwart seiner eigenen Frau; wiederholt auf einer Futterkiste, auf einer Treppe, im Bergwerk. Die unzüchtigen Handlungen seien mit dem Finger verübt worden, und X. habe dabei z. B. die Worte gebraucht: „Gelt, das tut gut.“ Alle diese Beschuldigungen brachte Y. in den härtesten Ausdrücken vor.

Es machten sich nun aber bald Zweifel an der Richtigkeit dieser Angaben geltend, und so wurde der Haftbefehl am 16. Februar 1909 aufgehoben.

Die Zweifel ergaben sich im Hinblick auf die Persönlichkeit des anzeigenden Vaters. Es wurde festgestellt, daß er schon seit Jahren Morphinist war. Es wurde ferner festgestellt, daß er einen großen Teil des seinen Töchtern gehörigen, von der verstorbenen Mutter herrührenden Vermögens verbraucht hatte, weshalb 1908 ein Pfleger aufgestellt worden war. Es ergab sich weiterhin, daß Dr. Y. schon seit Jahren gar keine Praxis mehr ausübte, seinen Verwandten vielmehr vorgegeben hatte, und dank seiner erheblichen suggestiven Kraft sie auch wirklich davon überzeugt hatte, er beschäftige sich wissenschaftlich, schreibe ein bedeutendes Werk und werde damit viel Geld verdienen; in Wirklichkeit hatte er nicht das geringste gearbeitet. Endlich wurde noch, und das ist der wichtigste Punkt, außer allem Zweifel festgestellt, daß Y. an chronischer halluzinatorischer Paranoia leidet. Er glaubte sich z. B. seit längerer Zeit von Sozialdemokraten verfolgt, und zwar besonders nachts; wurde in der Nähe ganz harmlos gesungen, so äußerte er, das seien Sozialdemokraten, die täten es ihm zu leide; er meinte, Nachbarn wollten ihn blenden usw.; seit 1906 hatte er sich, nachdem er bis dahin völlig unbestraft geblieben war, eine Reihe gerichtlicher Strafen zugezogen wegen Delikten, die wohl auch in seiner Krankheit begründet waren: mehrere, teilweise öffentliche, Beleidigungen, tätliche Angriffe, Schießen auf einen Nachbarn, wobei vom Ge-

richt wiederholt als strafmildernd seine hohe Erregbarkeit anerkannt worden war, so daß es immer nur zu Geldstrafen kam. Bei der einen der Beleidigungen, das sei noch hervorgehoben, waren auch die beiden Mädchen insofern beteiligt, als sie auf Veranlassung des Vaters einer Frau Schimpfworte („Sozzenchor“ etc.) zuriefen.

Speziell mit Bezug auf die vom Vater erstattete Anzeige konnte ermittelt werden, daß dieser seinen Kindern mehrfach an der Hand eines anatomischen Atlasses geradezu Unterricht erteilt hatte über den Bau der männlichen und weiblichen Genitalien; bei der ersten derartigen Instruktion war niemand zugegen; eine Wiederholung fand in Gegenwart des Pflegers der Kinder statt.

Unmittelbar nach der Anzeige wurden die Kinder vom Kreisarzt untersucht, und es ergab sich die völlige Intaktheit ihrer Genitalien (abgesehen von unwesentlicher leichter Rötung bei dem einen Kinde).

Gleichwohl wurde die Anklage weiter verfolgt, einmal, weil Vater und Kinder bei ihren übereinstimmenden Angaben verharrten, sodann weil auf den Beschuldigten eine Reihe von Tatsachen ein ungünstiges Licht warfen, die auch jene Angaben glaubwürdiger erscheinen lassen konnten. Es wurde nämlich ermittelt, daß X. mit seinen Nichten nicht nur im gleichen Zimmer, sondern sogar im gleichen Bett geschlafen hatte, daß er und seine Frau geschlechtlich verkehrten unmittelbar neben den schlafenden Kindern; weiterhin, daß er, seine Frau und die beiden Kinder zusammen einmal völlig nackt gebadet hatten; daß er sich einmal nackt auszog, obwohl die Kinder die Möglichkeit hatten, ihm durchs Kellerfenster zuzusehen; es handelte sich also jedenfalls um einen Menschen, dessen Schamgefühl ziemlich abgestumpft war, wenn auch eine Reihe weiterer sexueller Anstößigkeiten, die Dr. Y. ihm nachsagte, nicht zu beweisen waren; daß er in der fraglichen Zeit außerehelich normalen Geschlechtsverkehr gehabt hatte, wurde erwiesen.

Bei der ganzen Sachlage wurde nunmehr — die Kinder waren inzwischen von ihrem Vater und untereinander getrennt worden — eine psychiatrische Begutachtung verlangt.

Das Ergebnis der weiteren Verhöre und Feststellungen war folgendes.

Die ältere Tochter, Hermine, ist gesund, macht einen frischen, lebhaften Eindruck, zeigt sich als sehr schlagfertig, mit einer altklugen Ausdrucksweise und einer geradezu überraschenden dialektischen Gewandtheit. Ihr Gesicht zeigte den Ausdruck eines Madonnenantlitzes mit seinem treuherzigen Augenaufschlag; auch in der ganzen sonstigen Haltung und in ihren Bewegungen erscheint sie gänzlich unbefangen, so daß der erste Eindruck durchaus der vollkommener Glaubwürdigkeit ist. Immerhin erscheint das Übermaß von Sicherheit schon verdächtig; auf jeden Einwand hatte sie sofort eine Erklärung und immer eine neue Lesart, die der alten wenigstens nicht ganz widersprach. Wesentlich sind einige Punkte aus der Vorgeschichte des Mädchens. Eingestandenermaßen hatte sie schon einige Jahre vorher mit einem halbwüchsigen Knaben in einer Scheune sich sexuell betätigt; über das Maß dessen, was damals geschehen war, machte sie jedoch verschiedene Angaben. Einmal hatte sie Gelegenheit gehabt, einen alten Exhibitionisten zu beobachten. In des Vaters anatomischen Büchern hatte sie geblättert und sich dort wohl Aufklärung geholt; auch hatte der Vater in ihrer Gegenwart von Geburten und Frühgeburten erzählt. In Verwandtenkreisen sprach man von ihr als von einer „Gefährlichen". Bekannte schildern sie als verlogen. Mit dem Vater hatte sie unwahre Ausreden für Schulversäumnisse verabredet. Allgemein galt sie als vorlaut und frech; z. B. hetzte sie ihre jüngere Schwester auf, einem Onkel Schokolade an den Kopf zu werfen, die er ihr geschenkt hatte; der Waschfrau hatte sie einmal zugerufen: „Ich schlage Ihnen noch Ihre paar Zähne ein." Eine Verwandte bezeichnet sie als Katzennatur. An krankhaften Erscheinungen waren früher schon an ihr aufgefallen: nächtliches Aufschreien, nächtliche Angst, häufiger Stimmungswechsel, starke Erregbarkeit. Aufgefallen war ferner, daß sie, um andere Personen zu verdächtigen, z. B. die Haushälterin, den Vater mit Tränen empfing, als ob ihr etwas angetan wäre. Ganz besonders hervorgehoben wurde nun aber, daß sie auch auf des Vaters Halluzinationen eingegangen war, ihrem Vater



z. B., als sie zur Türe hereinkam, erklärte: „Die Sozzen stehen da und schimpfen über dich.“ Schließlich machte sie derartige Angaben auch spontan und auch wenn der Vater nicht da war, so daß man zuletzt durchaus den Eindruck gewinnen mußte, daß sie selbständig im gleichen Sinne halluzinierte wie ihr Vater.

Die jüngere Tochter, Else, körperlich nicht auffallend, machte gleichfalls zunächst den Eindruck der Glaubwürdigkeit; auch ist ihre Anamnese keineswegs in der Weise bemerkenswert wie die der älteren Schwester. Aber es zeigte sich, wie sie geistig ganz von dieser abhängig ist.

In ihren Angaben blieben beide Mädchen durchaus bei dem stehen, was sie schon anfangs dem Vater erzählt haben sollten und was sie bei den ersten Verhören dem Untersuchungsrichter gegenüber ausgesagt hatten; sie blieben dabei, obwohl die neue Untersuchung vollständig schließende Labien, engen Introitus, vollständig intaktes Hymen ergab, so daß die Einführung eines auch nur mehr als bleistiftdicken Gegenstandes sicher ausgeschlossen war. Als nun von der älteren verlangt wurde, sie solle den Vorgang, der sich z. B. auf der Futterkiste abgespielt haben sollte und an den sie sich genau zu erinnern vorgab, vormachen, brachte sie sich und den als „Modell“ dienenden Sachverständigen in eine unmögliche Stellung; letzterer sollte nämlich außerhalb ihrer Schenkel stehen. Ebenso unmöglich war die Anordnung der Hände. Und als nun vom Sachverständigen gefragt wurde, welche Farbe die Schamhaare des X. hätten, erwiderte die ältere prompt, die Haare seien schwarz und kurz. Die Wirklichkeit widerspricht dem aber; die Schamhaare des Herrn X. sind blond und lang. Dies aber waren die einzigen Tatsachen, worüber der Vater nichts hatte wissen können.

Auf Grund dieses ganzen Materials wurde das Gutachten dahin abgegeben, daß die subjektive Sicherheit, mit der die Kinder ihre Aussagen machten, nicht als Beweis für ihre objektive Richtigkeit angesehen werden könne. Zahlreiche Gründe machen die Angaben unwahrscheinlich. Eine bewußte Lüge bezw. Verleumdung brauchen wir aber weder bei dem anzeigenden Vater noch bei den Kindern anzunehmen. Daß

der Ursprung der Beschuldigung vielmehr ein krankhafter ist, dafür sprechen die in ganz ähnlicher Richtung liegenden krankhaften Symptome, die der Paranoiker sonst zeigt. Daß aber auch bei den Kindern die ganze Beschuldigung Ausfluß einer krankhaften Erscheinung ist, nämlich der Induktion, dafür lassen sich wieder triftige Gründe anführen: Wir hören, daß auch schon früher wenigstens die ältere Tochter auf die Wahnideen und Sinnestäuschungen ihres Vaters eingegangen ist, sie als wahr angesehen hat, den Vater dann noch darin bestärkt hat; wir hören ferner, daß sich schon vorher krankhafte Symptome gezeigt haben, speziell solche, die wir auf eine psychopathische Minderwertigkeit zu beziehen gelernt haben. Und wir werden diese Art der Entstehung für besonders wahrscheinlich halten, wenn wir hören, daß Dr. Y. auch auf andere erwachsene Menschen eine ungewöhnliche suggestive Kraft ausgeübt hat; wieviel mehr auf seine unerwachsenen Töchter, bei denen zudem zufällige Erlebnisse den Boden vorbereitet, die Phantasie angeregt hatten. Gegen eine bewußte Lüge spricht auch noch der Eindruck vollkommener Sicherheit und absoluter Glaubwürdigkeit, den sowohl Juristen als Ärzte von den Kindern hatten. Daß es sich aber etwa um bloße Dressur oder um erzwungene Aussagen gehandelt hätte, dagegen spricht der Umstand, daß die Aussagen auch noch ebenso gemacht wurden, als die Kinder lange voneinander und von ihrem Vater getrennt waren.

Wir hatten also allen Grund anzunehmen, daß es sich um krankhafte Übertragung krankhafter Ideen von einem kranken Menschen auf andere handelt, zu denen er in autoritativem Verhältnis steht, d. h. um einen Fall pathologischer Induktion.

Das Gericht schlug, diesem Gedankengange folgend, die Anklage nieder, die angerufene nächste Instanz erkannte sogar eine Ersatzpflicht für die dem X. erwachsenen Auslagen an.

Mit der Mitteilung dieses — wie ich glaube — bemerkenswerten Falles lassen Sie mich schließen! Ich habe versucht, diejenigen normalpsychologischen und psychopathologischen Fragen kurz zu erörtern, die bei einer Betrachtung und Be-

wertung kindlicher Aussagen hauptsächlich zu erwägen sind.

Überblicken wir das Ganze, so ergeben sich einige Forderungen, auf die wir mit wenigen Worten noch hinweisen möchten. Als erste die, daß auch bei jugendlichen Individuen schon krankhafte Veränderungen der Psyche vorkommen, die eine psychiatrische Begutachtung nötig machen, wenn die betreffenden Kinder als Zeugen, unter Umständen auch als Angeklagte vor dem Richter stehen. Ja es sind dem kindlichen Alter einige spezifische Abnormitäten eigen, an die der Richter in Fällen, wo es sich um kindliche Aussagen handelt, denken muß. Aber auch schon innerhalb der Gesundheitsbreite gibt es, wie wir sahen, so viele Möglichkeiten für ein Abweichen der Aussage von dem zugrunde liegenden Vorgang, daß auch hieran stets zu denken ist, und zwar von Richtern, von Lehrern und von Eltern, wenn es gilt, irgendeine kindliche Aussage zu werten. Die Erzieher speziell müssen, wenn sie eine Aussage als nicht den Tatsachen entsprechend erkannt haben, sich daran erinnern, daß die Ursache nicht immer ein ethischer Defekt sein muß, daß die Gründe vielmehr in irgendeiner Störung des Aussagemechanismus liegen können. So wird dem Aussagenden, in ebenso vielen Fällen aber auch demjenigen, über welchen ein Kind aussagt, eher sein Recht zuteil werden, als wenn dies alles unberücksichtigt bleibt. Wird es berücksichtigt, so braucht man nicht an jener von einzelnen Seiten erhobenen Forderung festzuhalten, Kinder überhaupt von der Zeugenschaft auszuschließen. Es wird nur Fall für Fall vorsichtig zu prüfen sein.

Es ergibt sich aber als praktische Konsequenz unserer Ausführungen noch eine andere Gedankenreihe. Wir haben, soweit dies irgend möglich ist, dem Zustandekommen falscher Aussagen entgegenzuarbeiten durch Förderung einer Aussagepädagogik; sie muß früh einsetzen, muß Mängel bei der Aufnahme wie bei der Reproduktion von Eindrücken zu verhüten suchen, muß sich umgekehrt bemühen, die Beobachtungsfähigkeit wie das Gedächtnis zu stärken. Aber auch eine vernünftige Prophylaxe gegen die eigent-

liche Lüge ist dringend nötig, und wenn die Lüge trotzdem auftritt, ihre Bekämpfung. Wie all das im einzelnen anzustellen ist, das zu erörtern würde uns viel zu weit führen. Notwendig ist, daß beim kleinen Kinde begonnen werde, daß die Schule damit fortfahre. Daß auch die Aussagetreue erziehbar ist, das haben wiederum Experimente sicher gemacht. Wird sie erzogen, so haben gleicherweise das erzogene Individuum, seine Umgebung und die Allgemeinheit die Vorteile davon zu genießen. Und so werden die Ergebnisse moderner Forschung, durch Experimente und Massenbeobachtung gewonnen, am Ende doch mehr sein als wissenschaftliche Spielerei: Bausteine einer aufstrebenden Kultur.

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose

und

kritische Erörterung ihrer Pathogenese.

Von

A. Pick.



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1909.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung
der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Professor Dr. Bruns in Hannover, Geh. Rat Dr. Cramer in Göttingen, Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Hofrat Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Berlin

herausgegeben von
Prof. Dr. **A. Hoche,**
Freiburg i. Br.

Band VIII, Heft 8.

Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose und kritische Erörterung ihrer Pathogenese.

Verkürzt vorgetragen im ärztlichen Vereine zu Marienbad am 14. August 1909

von

A. Pick.

Vor die Wahl eines Themas für meinen heutigen Vortrag gestellt, glaubte ich Ihrem Interesse eher entgegenzukommen, wenn ich in Anknüpfung an eine kürzlich hier getane Äußerung von Max Herz von dem therapeutischen Werte Marienbads die Arteriosklerose dazu wählte.

Nun bin ich allerdings gerade deshalb kaum imstande, Ihnen Neues an Tatsachen zu bieten; sind Ihnen doch auch die Arbeiten von Huchard, Pal, Windscheid u. a. geläufig; trotzdem schien es mir verlockend, an der Hand einer eingehenderen Besprechung verschiedener Initialerscheinungen etwa zu untersuchen, was wir von der Pathogenese derselben im Lichte neuerer Forschungen zu halten haben.

Eine Überschau aller in Betracht kommenden theoretischen Gesichtspunkte wird sich vor allem damit rechtfertigen lassen, daß wir dadurch der Gefahr entgehen, die Erscheinungen einseitig aus einem oder wenigen Gesichtspunkten zu deuten oder, was noch schlimmer, zu behandeln.

Ich glaube mir aber noch aus einem anderen Gesichtspunkte, ähnlich wie mit meiner vor etwa 20 Jahren veröffentlichten Studie über die Prodrome der Paralyse, den Dank der Praktiker zu verdienen, denn gewiß ist das Studium der Initialerscheinungen einer der wichtigsten Wege, auf dem wir zur Kenntnis der Prodromalerscheinungen vorschreitend, uns dem eigentlichen Ziele der Zukunft, der Prophylaxe nähern können.

Ich kann nicht umhin, aus der mir nachträglich bekannt gewordenen Vorrede James Mackenzies zu seinem eben erschienenen Buche „Symptoms and their interpretation, 1909“ einen hierher gehörigen und auch mit einer späteren Äußerung übereinstimmenden Passus hierher zu setzen: „Lehrbücher sind zu oft vom Standpunkte des Klinikers und Konsiliarius geschrieben; diese Autoren sehen naturgemäß mehr vorgeschrittene Fälle und beachten nicht genügend jene Klasse von Patienten, die der Praktiker täglich zu behandeln hat. Die Frühstadien der Krankheiten werden deshalb nicht genügend gewürdigt und werden auch nicht früher gewürdigt werden, als bis der Praktiker seine Stellung als Forscher erfassen wird . . . . . es gibt nicht bloß ein weites, durch einfache Methoden zu erforschendes Gebiet, sondern die Resultate seiner Erforschung sind ebenso bedeutsame wie diejenigen, die in wohl ausgestalteten Kliniken und Laboratorien erreicht werden. Kein anderer hat solche Gelegenheit zur Beobachtung der Frühsymptome der Krankheit, niemand kann auch so leicht die Fortschritte der Krankheit verfolgen. Die Natur der Prodrome und Initialerscheinungen ebenso wie die Prognose sind die rückständigsten Teile der Medizin.“

Die in den Vortrag einzuflechtende Erörterung der Lokalisation einzelner Initialerscheinungen läßt sich ebenfalls damit rechtfertigen, daß es von nicht geringem praktischen Interesse sein könnte, auf diesem Wege etwa den Sitz der stärker erkrankten Gefäßpartien zu diagnostizieren und daraus Anhaltspunkte für eine über das jetzt Erreichbare hinausgehende Verfeinerung der Prognose zu gewinnen.

Während man vor dem im Jahre 1870 anhebenden Ausbau der topischen Hirndiagnostik Erscheinungen der hier zu besprechenden Art als Raritäten aufzufassen pflegte, taxiert man den Wert derselben jetzt viel richtiger, und ohne in Details einzugehen, verweise ich nur auf analoge Tatsachen aus der Lehre von den Auraerscheinungen der Epilepsie, deren moderne und praktische Wertung in diesem Kreise auseinanderzusetzen wohl überflüssig erscheint; so wäre es auch für die Arteriosklerose denkbar, und entsprechende Andeutungen

werde ich machen können, daß eine genaue Analyse der Erscheinungen es z. B. ermöglichte, Gegensätze zwischen dem die Hirnrinde versorgenden Gefäßgebiete und den Endarterien der basalen Ganglien nachzuweisen (pathologisch-anatomisch sind solche Gegensätze der Beteiligung der Gefäße schon sichergestellt).

Ich möchte aber meinen Auseinandersetzungen doch die Bemerkung vorausschicken, daß ich aus alsbald klar werdenden Gründen nur selten in der Lage bin, Ihnen allseitig gesicherte Zusammenhänge vorzuführen, daß sich das meiste von dem, was ich etwa als neu bezeichnen könnte, vielmehr als Ausblick und Vermutung bescheiden muß.

Wenn wir hier gemeinsam über Erscheinungen der zerebralen Arteriosklerose ein wenig nachdenken wollen, so scheiden natürlich damit alle jene Momente aus der Betrachtung aus, die von anderen Körperabschnitten her direkt oder indirekt die Hirnfunktionen beeinflussen*); aber auch in dieser Beschränkung erweist sich das Thema bei näherer Betrachtung als recht kompliziert, denn wir sind schon im Hinblick auf die vielfach engen anatomischen Beziehungen zwischen Gefäßen und Neuroglia ganz außerstande, die mit der Arteriosklerose zeitlich parallel gehenden Schädigungen des Nervengewebes bezw. die davon bedingten Erscheinungen von jenen zu trennen; die Sache wird um so komplizierter, als die Arteriosklerose natürlich auch ihrerseits solche Schädigungen im Gefolge hat, so daß wir vorläufig ganz außerstande sind, eine wenn auch nur theoretische Scheidung zwischen den so verschiedenartig bedingten Erscheinungen zu machen.

Getreu dem alten Grundsatze, daß jede wissenschaftlich fundierte medizinische Betrachtung, die Kenntnis von Bau und Leistungen des zu studierenden Organs vorausgesetzt, auszugehen hat von pathologischer Anatomie und pathologischer

*) In diesem Zusammenhange ist auch hinzuweisen auf die neuerlich bekannt gewordenen Einflüsse der inneren Sekretionsorgane auf die Zirkulation, die nur noch zur Komplizierung des ohnedies schon so schwierigen Problems beitragen.

Physiologie als dem Leitfaden in der Deutung der Abweichungen vom Normalen, werden wir uns deshalb umzusehen haben, was von diesen Disziplinen hier als sicheres Fundament dienen kann.

Von der Anatomie der Hirngefäße brauche ich wohl nur anzuführen, daß das Gefäßnetz im Gehirn, insbesondere das der Rinde, ein den hohen Funktionen desselben angepaßt außerordentlich reiches ist, und daß wohl aus demselben Grunde die Hirnarterien auch einen von den übrigen abweichenden Bau zeigen: weites Kaliber, sehr dicke Elastica interna bei im übrigen großer Armut an elastischen Elementen; es ist endlich zu sagen, daß, nachdem kurze Zeit durch die anscheinend vollständig negativen Feststellungen der Physiologen Zweifel über das Vorhandensein vasomotorischer Nerven an den Hirngefäßen rege gemacht worden, ihr Bestand jetzt als gesichert zu bezeichnen ist.

Was die pathologische Anatomie betrifft, so kann ich mich hier füglich auf die Ihnen so geläufigen Daten aus der neueren Lehre von der Arteriosklerose beziehen; nur einen Punkt möchte ich hervorheben: sollte sich die Ansicht bewahrheiten, daß wir es dabei nicht mit einer einheitlichen Erkrankung zu tun haben, dann müßte schon das allein davon zurückhalten, alle Erscheinungen aus einigen wenigen Gesichtspunkten zu erklären, wozu jetzt nur allzuviel Neigung vorhanden.

Als für unser umschriebenes Thema weiter bedeutsam möchte ich betonen, daß gleichzeitig mit den größeren Gefäßen meist auch die Hirnkapillaren durch die Sklerose in ihrem Bau Schaden leiden (Lapinsky); es wird auch das jedenfalls zur Vorsicht in der Zuteilung der Erscheinungen mahnen, und zwar um so mehr, als jetzt neuerlich auch die Kontraktionsfähigkeit der Kapillaren erwiesen ist; und schließlich möchte ich hervorheben, daß es zunächst der Tonus und die Elastizität der Gefäßwandungen sind, die unter diesen Veränderungen leiden, daß sekundär davon auch die nicht minder wichtigen Filtrationsverhältnisse beeinflußt sind.

Da wir nun die Prodrome zu besprechen haben, ist gleich hier ein Denkfehler zu erwähnen, der in diesem Zusammenhange nahe liegt und in analoger Weise auch sonst gemacht

worden ist. Man hat z. B. lange Zeit Bedenken getragen, die unmittelbaren Folgeerscheinungen der Querschnittsläsion des Rückenmarkes mit der sekundären Degeneration in Zusammenhang zu bringen, weil diese auch mikroskopisch in den ersten Tagen nicht nachweisbar ist. Ganz abgesehen von der Unzulänglichkeit aller histologischen Methoden muß man aber sagen, daß die klinischen Erscheinungen der sekundären Degeneration doch ganz unabhängig von dem histologischen Nachweise mit dem Momente einsetzen, wo die betreffenden Fasern von ihren Zentren abgetrennt werden.

In gleicher Weise wird man auch berechtigt sein, manches von den Prodromen auf Rechnung der wohl schon vor sich gehenden, aber noch nicht genauer nachweisbaren Sklerose zu setzen und damit der Nötigung entgehen, von ungenügend fundierten Hilfshypothesen in breiterem Maße Gebrauch machen zu müssen; freilich ist aus leicht begreiflichen Gründen die Möglichkeit autoptischer Befunde aus dem Prodromalstadium, die die nötigen Anhaltspunkte für solche Gedankengänge böten, sehr gering und mir nichts bekannt, daß von dieser Möglichkeit bisher in diesem Sinne irgendwie Gebrauch gemacht worden ist.*)

Sehen wir nach den für uns bedeutsamen physiologischen Tatsachen, so zeigt sich, daß, soviel wir auch von der zerebralen Zirkulation im allgemeinen wissen, unsere Kenntnis von denjenigen Faktoren, welche die Blutverteilung im Gehirn im einzelnen regeln, und das ist ja das für uns bedeutsamste, doch eine recht mangelhafte ist.

---

*) Nachtragsbemerkung: Eine wichtige Bestätigung für die Richtigkeit des eben dargelegten Gedankenganges bringt die mir eben zugehende Mitteilung Weber's über arteriosklerotische Verstimmungszustände (Münchner med. Wochenschr., 1909, Nr. 30), auf die ich auch später noch reflektiere. W. berichtet den Befund eines 35(!)jähr. Arztes, der nach halbjähriger Krankheitsdauer stirbt; die angebliche Lues nicht (auch nicht durch Lumbalpunktion oder Therapie) erwiesen; „die makroskopisch intakt erscheinenden Basalarterien und namentlich ihre feineren Äste zeigen mikroskopisch deutliche und stellenweise ziemlich starke kernarme Wucherung, so daß oft die Abgangsstellen von Gefäßästen weitgehend eingeengt sind. Die Wand von Präkapillaren und Kapillaren der Rinde vielfach kernarm, verdickt und im Beginn hyaliner Entartung."

Man hatte schon früher auf Grund einzelner weniger Untersuchungen eine gewisse Selbstregulierung der zerebralen Zirkulation zum Zwecke der lokal so außerordentlich wechselnden Funktion angenommen (Meynert hatte das seiner synthetischen Geistesanlage entsprechend in ein förmliches System hineingezwängt); in der Folgezeit war es davon ganz still geworden, man leugnete schließlich das Vorhandensein gesonderter vasomotorischer Einrichtungen für das Gehirn und setzte seine Zirkulation in bedenkliche Abhängigkeit vom splanchnischen Gebiete.*)

Seit wenigen Jahren erst steht es fest, daß das Gehirn seine Blutverteilung nach den lokalen Bedürfnissen durch vasomotorischen Einfluß selbständig zu regeln vermag, und daß, für unser Verständnis von besonderer Wichtigkeit, gerade im Gehirn im Gegensatz zu anderen Körperprovinzen die dilatierenden Gefäßreflexe bei weitem überwiegen, ein Beweis, daß — Sie verzeihen die teleologische Formulierung — die Herbeiführung der funktionellen Hyperämie hier ausschlaggebend geworden.

Wenn ich bezüglich der Details der dabei in Betracht kommenden Mechanismen darauf hinweise, daß Weber neuerlich nicht weniger als sechs verschiedene Arten von vasomotorischen Nervenfasern als im Gehirne wirksam nachgewiesen hat, so geht schon daraus hervor, daß unser klinisches Denken damit vorläufig kaum etwas anzufangen weiß; auch die von dem-

*) Ich habe in dem vorliegenden Vortrage vermieden, die jetzt so viel diskutierte Behandlung der initialen Arteriosklerose auch meinerseits wieder zu erörtern; aber an dieser Stelle möchte ich doch eine theoretische Bemerkung nach dieser Richtung hin anfügen; sie erscheint mir motiviert durch die gelegentlich hervortretende Neigung, therapeutische Maßnahmen allzusehr theoretischen Aufstellungen anpassen zu wollen.

Man hat früher in dem im Texte hervorgehobenen Gegensatze zwischen intrakranieller und abdomineller Zirkulation mit Recht die Begründung für eine entsprechende Therapie gesehen; wenn jetzt der Bestand autochthoner Regulierungen im Gehirn festgestellt erscheint, so kann das die vorstehend angeführte therapeutische Ansicht natürlich nur insofern modifizieren, als man annehmen wird, daß durch jene therapeutischen Maßnahmen die zerebralen Gefäßmechanismen entlastet und dadurch auch ihrerseits wieder besser als sonst therapeutisch beeinflußbar werden.

selben Autor festgestellte Tatsache, daß schon das Entstehen lebhafter Bewegungsvorstellungen*) grob feststellbare Änderungen der Blutverteilung zur Folge hat, kann nur dazu dienen, uns von vornherein verständlich zu machen, daß der kaum übersehbaren Fülle von möglichen Modulationen nur das Instrument eines vollständig intakten Gefäßsystems genügen kann.**)

Wollte ich jetzt ganz sachgemäß vorgehen, dann hätte ich die Pflicht, Ihnen wenn auch nur kurz alles das noch vorzuführen, was wir bezüglich der pathologischen Physiologie der Arteriosklerose für unser Thema als verwertbar ansehen dürfen; ich rechne auf Ihre Billigung, wenn ich im Hinblick auf einzelne später zu erörternde Details eine solche Zusammenfassung unterlasse, die durch die Fülle des darüber zu Sagenden unser eigentliches Thema beiseite drücken würde.

Treten wir demnach sofort an das Klinische selbst heran, so ist dem Ganzen die Bemerkung vorauszuschicken, daß die Ungleichmäßigkeit in der Verteilung der Sklerose bei der so weit gehenden lokalen Differenzierung der Hirnfunktionen zu einer nur schwer zu klassifizierenden Fülle von Erscheinungen Veranlassung geben muß; wir werden weiter zu unterscheiden haben anfallsweise auftretende, transitorische Erscheinungen einerseits und Symptomenkomplexe von mehr stationärem Charakter anderseits; vom Standpunkte der Lokalisation wird man Allgemeinerscheinungen und Herderscheinungen unterscheiden können, zwischen denen die allerverschiedensten Übergänge sich darstellen werden.

---

*) In diesem Zusammenhange sei erinnert an die älteren, seither vielfach bestätigten Untersuchungen Preyer's über das Gedankenlesen, die zeigten, daß die intensive Vorstellung einer Bewegung genügt, eine myographisch nachweisbare Bewegung in dem betreffenden Muskelgebiete zu provozieren. (Das Ganze geht übrigens auf die noch weit ältere Deutung Chevreuil's der baguette divinatoire zurück.)

**) Ganz neuestens berichtet Bayliß noch über reziproke Innervation in vasomotorischen Reflexen; die Bedeutung dieser Befunde für die Kompliziertheit der vasomotorischen Vorgänge wird ins richtige Licht gerückt, wenn wir sehen, welche Fülle von Komplikationen in die Lehre von den Bewegungen der quergestreiften Muskeln durch die von Sherrington bei ihnen nachgewiesene reziproke Innervation hineingetragen worden ist.

Betrachten wir zuerst die transitorischen, so kann es bei dem markanten Charakter eines Teiles derselben nicht auffallen, sie schon bei Hippokrates*) richtig gewürdigt zu sehen; freilich sind die älteren Angaben etwa bis über die Mitte des vorigen Jahrhunderts mit Vorsicht zu gebrauchen, vor allem deshalb, weil meist nicht zu unterscheiden ist, ob tatsächlich bloß Initialerscheinungen in unserem Sinne vorliegen.

Im allgemeinen muß man sagen, daß die Fortschritte in der Aufdeckung ähnlich zu deutender Erscheinungen seither keine bedeutenden gewesen sind, und möchte ich die Ursache davon in einem Umstande finden, den uns eine schon in den dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts gemachte Äußerung an die Hand gibt. Gendrin sagt, daß die Vorläufererscheinungen besonders bei Personen der besseren Stände vorkommen, die sich eben genauer beobachten; dieser auch später noch einmal in etwas anderer Form uns entgegentretende Denkfehler**) basiert auf ungenügendem Examen, das natürlich bei transitorischen Erscheinungen nur dann von entsprechendem Erfolge begleitet sein kann, wenn der Fragende in voller Kenntnis des Möglichen den ganzen Umkreis des zu Erfragenden durchmißt; man höre und frage***), natürlich nicht suggerie-

*) Es wird aus seinen Schriften folgender Satz zitiert: Quibus capitis sunt dolores et sonitus aurium citra febrim et tenebricosa vertigo et vocis tarditas, et manuum torpor, eos aut apoplecticos, aut epilepticos aut obliviosos fore expecta.

**) Als eine andere Fehlerquelle, die dabei tatsächlich eine Rolle spielen könnte, möchte ich die lokalen Differenzen des Beobachtungsmateriales ansehen; so hat s. Z. Westphal bei der Aufstellung der Lehre von den Zwangsvorstellungen betont, daß sie nur bei Angehörigen der sog. gebildeten Stände vorkommen; wir wissen jetzt, daß das ein Irrtum war, daß Zwangsvorstellungen ebenso wie andere Zwangserscheinungen, von denen man das schon lange weiß, auch bei Arbeitern und Bauerndirnen vorkommen.

***) Es richtet sich dieser Appell ganz besonders an den allgemeinen Praktiker; man mag die neueren, vorwiegend in den klinischen Laboratorien gewonnenen Resultate für die Diagnostik noch so hoch einschätzen, über die nur der Beobachtung zugänglichen leisen Initial- und insbesondere Prodromalerscheinungen namentlich der chronischen Affektionen kommt man doch nicht hinweg; nur durch das zielbewußte Studium seitens der

rend, nur recht sachverständig, und der scheinbare Gegensatz zwischen Gebildeten und Ungebildeten fällt in sich zusammen; es ist übrigens durchaus nichts Neues, daß nach Symptomen, auch organisch bedingten, geforscht werden muß, wenn man sie finden soll, wie z. B. die Geschichte der Hemianopsie als Herderscheinung zeigt.*)

Was nun die einzelnen transitorischen Herderscheinungen betrifft, so kann die Aufzählung aller wohl unterbleiben, und mag als Wegweiser im Verständnis derselben der von mir vertretene Satz gelten, daß jedem zerebralen Dauersymptom auch ein solches von anfallsweisem Charakter entspricht. Aus der so theoretisch verständlichen Fülle der letzteren will ich nur einzelne herausheben.

Das Vorkommen vorübergehender Sensibilitätsstörungen im Beginne der zerebralen Arteriosklerose ist eine alte Erfahrung; zum Verständnis für die so häufige Anordnung derselben nach Extremitäten oder Stücken solcher (Hand, Unterarm) bietet die neuere Hirnlokalisation ebenso wie eine Selbstbeobachtung von Hill genügende Anhaltspunkte; der genannte Autor (s. dessen Physiol. and Pathol. of the cerebral Circulation, 1896, p. 142) beobachtete als Folge der einseitigen Kompression der eigenen Karotis im Anschluß an eine Sensation im Auge derselben Seite Parästhesien auf der entgegengesetzten, die, von den Fingern ausgehend, die Hand und den Arm aufsteigend

praktischen Ärzte können diese in dem Umfange erforscht werden, der, ähnlich wie bei der Paralyse, den Boden für eine möglichst frühzeitige Diagnose bereitet.

*) Ich darf bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, daß in erster Linie dieser Satz es ist, der jener Methode psychiatrischer Forschung zugrunde liegt, welche ihr Hauptaugenmerk auf eine möglichst umfassende Verwertung der neurologischen Feststellungen für die Deutung der psychopathischen Erscheinungen richtet; das Erfolgreiche und noch mehr das Erfolgverheißende dieser Forschungsrichtung tritt uns namentlich in dem Gegensatze entgegen, je nachdem man den Ausgang von der Psychiatrie nimmt oder umgekehrt sich dieser von dem anatomischen Forschungsgebiete der Neurologie her nähert; während im ersteren Falle die Grenze zwischen den beiden als eine schroffe, schier ungangbare erscheint, ist man im anderen Falle fast überrascht von der Fülle der Übergänge, die sich dem Forscherblicke darbieten.

ergriffen, um dann auf das Bein überzuspringen (die anschließenden Krampferscheinungen seien nur kurz erwähnt).*)

Außer den so verständlich gemachten häufigsten Typen von Parästhesien fiel seit jeher ein zweiter Typ auf, in dem die Trennungslinie mehr oder weniger parallel der Längsrichtung der Extremität verlief; vor allem die Ulnarseite der Hand, zuweilen unter Mitbeteiligung der gleichen Partien des Unterarms, bildet eine Prädilektionsstelle für alle möglichen Parästhesien.

Unklar mußte es bleiben, daß diese Anordnung, und das gleiche gilt auch für manche andere, der entspricht, die man als spinalen Typus kennen gelernt hatte, und noch in der Arbeit Ihres engeren Kollegen, Herrn Dr. Loewy (Prager med. Wochenschr., 1905, S. 14 des Separatabdruckes), finden Sie in der sehr exakten Beschreibung der arteriosklerotischen Sensibilitätsstörungen einzelner Fälle den spinalen Typus derselben als „auffallend" hervorgehoben; man konnte ja an radikuläre Komplikationen, etwa bedingt durch sklerotische Erkrankung von Wurzelgefäßen, denken, aber es hatte doch bei der Häufigkeit der Erscheinungen etwas Mißliches an sich, diese Annahme immer machen zu müssen.

Darüber hat uns nun die allerneueste Zeit Aufklärung gebracht; es ist jetzt als sicher zu bezeichnen, daß, soweit bekannt, die Anordnung der den sensiblen Rindenzentren in der hinteren Zentralwindung und vielleicht der angrenzenden parietalen Partie entsprechenden Hautpartien durchaus dem bisher als spinal angesehenen Typus gleicht; dadurch ist das Rätsel in dem hier wesentlichsten Punkte der Anordnung geklärt, wir kommen jetzt ohne jene Hilfshypothese vollständig aus.**)

---

*) Vergleiche als Parallelfälle dazu Rehberg, Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 45, und Colucci, Riv. di psicol. applicata, V., 1909, pag. 59. Als klinisches Seitenstück dazu möchte ich die eigene Beobachtung eines alten Mannes anführen, bei dem offenbar infolge einer weit ins Schädelkavum hinaufreichenden, am Halse deutlich tastbaren Verkalkung der Karotis die verschiedenartigsten zerebralen Reiz- und Schwächeerscheinungen eintraten, wenn er den Kopf etwas schräg zu drehen versuchte.

**) Nach den Beobachtungen der letzten Jahre schien die alte Streitfrage, ob auch die vordere Zentralwindung etwas mit sensiblen Funktionen

Vorläufig ist die Frage nicht zu entscheiden, ob die eben beschriebene Anordnung bloß der Lokalisation im Kortex entspricht oder ob auch in der inneren Kapsel bezw. im Sehhügel eine ähnliche Anordnung der sensiblen Teilzentren oder ihrer Bahnen statthat, was ja in Analogie der motorischen Lokalisation nicht unmöglich wäre; es bedarf nicht erst des Hinweises auf die diagnostische Bedeutung der Entscheidung dieser Frage. Die Bedeutung der hier dargelegten, der topischen Hirndiagnostik entnommenen Feststellungen wird in das richtige Licht gerückt, wenn wir berücksichtigen, daß, entsprechend dem darüber zuvor Gesagten, doch auch spinale ebenso wie peripherische Arteriosklerose bei den kutanen Erscheinungen mitkonkurrieren können.*)

Die Qualität der kutanen Parästhesien im Initialstadium der Arteriosklerose ist die allerverschiedenste; es würde zu weit führen, diese Differenzen an der Hand unserer neueren Kenntnisse von der wohl auch in der Hirnrinde gesonderten Anordnung der Schmerz-, Kälte- und Wärmpunkte zu erörtern, aber es kann gesagt werden, daß selbst diese Erscheinungen, die bis vor kurzem den Eindruck vollständiger Regellosigkeit

---

zu tun habe, mit aller Sicherheit in negativem Sinne erledigt; in einer neuesten Mitteilung tritt Horsley (Brit. med. J., 17. Juli 1909) wieder für die alten Anschauungen ein.

*) Eine vollständige Klärung dieser Frage steht allerdings noch aus und ist erst von einer an neueste Feststellungen anknüpfenden Untersuchung entsprechender Fälle zu erwarten. Durch die von Head eingeleiteten Untersuchungen über die Anordnung der den verschiedenen Empfindungsqualitäten zukommenden differenten topischen Anordnung nach peripherischen Nervenläsionen ist für die Lösung jener Fragen die Basis geschaffen; das Erfolgverheißende der daran anknüpfenden Forschungen wird durch eine neueste Arbeit von Thompson (Lancet, March 13, 1909) illustriert, in welcher tiefgreifende Differenzen in der territorialen Anordnung der sensiblen Störungen bei der Tabes gegenüber dem peripherischen Typus nachgewiesen werden und dadurch die Tabes als nicht radikulären Ursprungs hingestellt erscheint.

Für die sensiblen Störungen oralwärts fehlt es bisher an Untersuchungen, die von diesem Gesichtspunkte aus unternommen wären, und steht es demnach vorläufig dahin, ob sich nicht daraus Differenzen zwischen den scheinbar dem radikulären Typus entsprechenden kortikalen und andersartig lokalisierten Sensibilitätsstörungen ergeben werden.

machten, ich erinnere nur an die umschriebenen Kältegefühle, doch schon dadurch unserem Verständnisse näher gerückt sind.

Auf sensorischem Gebiete sind es namentlich die optischen Erscheinungen, die oft wegen der Besonderheit ihrer Formen und der durch sie bewirkten Störung des Sehens die Kranken besonders beängstigen;*) sie zeigen ebenso den Charakter von Ausfalls- wie den von Reizerscheinungen, insbesondere häufig stellen sie sich als Kombination der beiden Formen von Störung dar; es wird uns das verständlich durch die Gegenüberstellung mit den ihnen vielfach ganz ähnlichen Erscheinungen der Hemicrania ophthalmica, die ja gleichfalls nicht selten vasomotorischer Natur ist.**)

Eine weitere sehr häufig beobachtete Erscheinung ist der Schwindel; Grasset hat das Symptom in sinnreicher Weise mit verschiedenen anderen Erscheinungen bei ebenso Kranken in ein förmliches System gebracht: der einfache Schwindel, die Verbindung desselben mit epileptischen Anfällen, endlich die Kombination der beiden (event. der Synkope) mit dem Stokes-Adamsschen Symptomenkomplex stellen nach ihm ebenso viele auf mangelhafte Irrigation des Bulbus rhachidicus zu beziehende Symptome dar.

Man wird auch jetzt noch, 15 Jahre nach seiner Aufstellung, diesem Schema zustimmen können, insofern die genannten Erscheinungen einen wichtigen Hinweis auf arteriosklerotische Zustände in der Medulla oblongata und insbesondere in der Gegend der Vaguskerne bieten.

Doch gestaltet sich die Lokalisation der dem Schwindel zugrunde liegenden Störungen um so schwieriger, als zunächst außer den Bulbärkernen und speziell dem Deitersschen auch

*) Im Hinblick auf die jetzt sich häufenden Versuche, als Ursache der Migräne ein organisch bedingtes Mißverhältnis zwischen Schädelkapsel und Enzephalon nachzuweisen, muß hier (auch später kehrt derselbe Gedankengang nochmals wieder) noch speziell bemerkt werden, daß auch unter dieser Annahme sichtlich die Deutung eines Teiles der Migräneerscheinungen aus Zirkulationsstörungen doch zulässig erscheint.

**) Zu den frühesten gehören die akustischen, andauerndes Sausen, zeitweiliges Knallen u. a.; im allgemeinen habe ich den Eindruck, daß diese Erscheinungen viel stabiler und wesentlich weniger bedenklich sind als die optischen.

der labyrinthäre Apparat und die vielfachen Verbindungen derselben in Betracht kommen, und beide einerseits durch alle möglichen peripherischen Störungen reflektorisch in Mitleidenschaft gezogen werden können, anderseits auch das Labyrinth selbst von Atherom betroffen sein kann; man wird daher zum Verständnis des Sitzes der Störung nach dem in der topischen Diagnostik auch sonst entscheidenden Prinzipe die begleitenden Erscheinungen soviel als möglich in Betracht zu ziehen haben; dabei stehen die den Schwindel selbst zusammensetzenden Erscheinungen, um deren Verständnis sich namentlich Bonnier verdient gemacht, in erster Linie; besonders wichtig scheint mir dabei der Hinweis des Genannten, daß diese Erscheinungen vielfach gar nichts mit Schwindel im engeren Sinne zu tun haben, die Kranken ihre Empfindungen vielfach gar nicht als abnorm deuten, ja daß ihnen das Abnorme überhaupt nicht zum Bewußtsein kommt, und erst die sachverständige Fragestellung das Ganze als hierher gehörig erkennen läßt.

Durch die differente, gelegentlich vielleicht auch mehr diffuse Lokalisation seiner Grundlage nimmt der Schwindel eine Mittelstellung im Sinne der zuvor aufgestellten Einteilung ein; als ein den Allgemeinerscheinungen mehr nahestehendes Symptom bei unseren Kranken wäre dagegen zu erwähnen eine gelegentlich auftretende Benommenheit; die Pathogenese derselben ruft die Erinnerung wach an ähnliche, zuerst, glaube ich, von Wunderlich von syphilitischen Zerebropathien beschriebene Zustände von längerer Dauer, die ihre wahrscheinliche Erklärung aus Heubnerscher Gefäßentartung fanden; in diesem Zusammenhange ist auch zu erinnern an gelegentlich mehrere Tage andauernde Zustände von Benommenheit bei Adams-Stokesscher Krankheit.

Aus mehr umschriebener Aufteilung vielleicht der gleichen Zustände in den Einzelterritorien der Hirnrinde erklären sich wiederum die verschiedenen Formen von transitorischer Sprachstörung, die motorische und amnestische Aphasie (erwähnt wird auch eine Artikulationsstörung), die von Berlin zuerst beschriebene Dyslexie, eine analoge neuerlich beschriebene Schreibstörung.

Als Übergang von diesen mehr auf der psychischen Seite

motivierten Störungen zu den rein motorischen möchte ich nur nebenbei erwähnen das gelegentliche Vorkommen von Erscheinungen, die sichtlich denen nahe stehen, welche ich als ideatorische Apraxie zuerst auch von schwereren Fällen von arteriosklerotischer Hirnatrophie beschrieben habe. Ich kann hier nicht näher auf diese Frage eingehen und muß mich mit dem Hinweise begnügen; die Tatsache, daß bei dieser Form der Apraxie besonders das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit und die als Assoziation zusammengefaßten psychischen Prozesse in Frage kommen, macht es schon von vornherein verständlich, daß auch transitorische Ausfälle dieser Funktionen das Tun unserer Kranken gelegentlich schwer beeinträchtigen müssen, wofür auch die Analogie dieser Störungen insbesondere mit der amnestischen Aphasie spricht.

Endlich wären als transitorische motorische Störungen zu erwähnen Paresen, gelegentlich zusammenfallend mit Parästhesien derselben Partien, z. B. der Hand, gelegentlich nur als Gefühl besonderer Schwere z. B. der Extremitäten der einen Seite sich demonstrierend.

Überschauen wir die Fülle der angedeuteten Erscheinungen, so regt sich das Kausalitätsbedürfnis in uns und legt den Versuch nahe, in der nicht minder großen Fülle der uns von der pathologischen Physiologie an die Hand gegebenen Tatsachen die Parallelen zu jenen zu suchen. Da wird nun gerade die Überfülle zum Hindernis, wir müssen uns bei dem allgemeinen Satze bescheiden, daß die Anpassung an die Funktion zeitlich und räumlich geschädigt ist, mangelhafte Elastizität der Gefäße und herabgesetzte Vasomotorentätigkeit sich in diesen Effekt teilen; einen positiven Anhaltspunkt für solche Deutung haben wir in der bekannten Tatsache, daß sklerotische Gefäße verringerte Reaktion auf thermische Reize zeigen; was über diese Feststellung hinausgeht, kann kaum auf den Charakter einer haltbaren Hypothese Anspruch machen, es wäre auch mehr als vermessen, von dieser nicht anders als grob zu qualifizierenden Wirkung auf jenen Komplex feinster Reaktionen zu schließen, den uns die eingangs erwähnten physiologischen Mechanismen nur ahnen lassen.

In die Besprechung eines pathologischen Faktors müssen

wir aber doch eingehen, dessen zentrale Stellung gerade in dem hier etwa besonders in Frage kommenden präsklerotischen Stadium zuerst von Huchard betont worden ist, und dessen Grundlagen im allgemeinen schon besser fundiert sind; es ist die Bedeutung des Gefäßkrampfes. Gewiß ist hier nicht der Ort, diese für die Arteriosklerose im allgemeinen bedeutsame Frage zur Lösung zu bringen, aber sie kann nicht berührt werden, ohne unsere Stellung zu derselben wenigstens kurz zu markieren.

Bezüglich des Vorkommens umschriebenen Gefäßkrampfes auch im Gehirn kann wohl kein Zweifel bestehen, zumal derselbe auch ophthalmoskopisch an den Retinagefäßen mehrfach (Elschnig, Wagemann) festgestellt worden ist; aber man darf sich doch billig fragen, ob die für eine allseitige Verwertung im Bereiche der zentralen Arteriosklerose anzuführenden Momente so durchaus konkludent sind. Zunächst läßt sich einwenden, daß der von der Klinik der Arteriosklerose hergenommene Beweis der tatsächlichen Beobachtung ebenso im Hinblick auf den zuvor angeführten Gedankengang bezüglich des Beginnes der Arteriosklerose wie durch das Fehlen pathologisch-anatomischer Befunde an Beweiskraft viel verliert; insbesondere auch das vom intermittierenden Hinken hergenommene Argument des vorhandenen Gefäßpulses beweist nichts, weil dabei doch auch gleichzeitig wenigstens in der Mehrzahl der Fälle organische Gefäßverengerung vorhanden, theoretisch aber die Frage so liegt, ob Gefäßkrampf ohne jede organische Läsion die Erscheinung zeitigen kann.

Die Entscheidung darüber wäre freilich gegeben, wenn die Tatsachen der Hemicrania concomitata nach dem Vorgang Huchards ohne weiteres auf unser Thema anwendbar wären; gewiß spricht manches dafür, ich erinnere nur an die Entwicklung stationärer Herderscheinungen bei Migräne aus den früher anfallsweise aufgetretenen, an die Oppenheimsche Annahme von der anfänglich rein spastischen Natur der dem intermittierenden Hinken zugrunde liegenden Gefäßerkrankung, an das häufige Vorkommen vasomotorischer Neurosen bei Arteriosklerose überhaupt; doch ist auch das nicht so ohne weiteres zu verallgemeinern, vor allem wegen der relativen Seltenheit

des eben Angeführten, und so muß die Frage vorläufig als nicht ganz gelöst bezeichnet werden, da auch der von den günstigen Wirkungen einer entsprechenden Therapie gegen die Annahme gleichzeitiger organischer Veränderungen hergenommene Beweis versagt; man wird deshalb über der Möglichkeit, einen Teil der Erscheinungen durch Gefäßkrampf zu erklären, nicht übersehen dürfen, daß die Mehrzahl derselben einer Erklärung durch die übrigen Momente zugänglich sind und deshalb sich zu hüten haben, mit der Annahme eines Gefäßkrampfes allzu weitherzig vorzugehen.

Aber selbst unter dieser Annahme ist das Dunkel noch keineswegs gelichtet, weil auch dabei wieder zwei Faktoren konkurrieren; einerseits die Gefäßnerven, anderseits die Funktion der Tunica muscularis, von der wir jetzt wissen, daß sie isoliert und auch über umschriebene Strecken hinaus den Tonus reguliert; daß die Beziehungen der Vasomotoren auch schon in bezug auf die Gefäßkrisen der Arteriosklerose im allgemeinen noch ganz ungeklärt sind (siehe Pal, Gefäßkrisen, 1905, S. 74), sei überdies vermerkt.

All das läßt jeden Versuch einer detaillierten Erklärung als aussichtslos erscheinen, wenn wir uns nicht ganz in theoretischen Erörterungen verlieren wollen; denn wenn wir in Betracht ziehen, daß die Vasomotoren auch noch sowohl primär, etwa als Ausdruck einer Gesamtaffektion, wie sekundär und da auch wieder infolge mechanischer Einwirkung wie trophisch beeinflußt erkranken können, so erhellt daraus, welche Menge von Kombinationen sich davon allein ableiten lassen, ganz zu geschweigen von der Vielfältigkeit der Momente, die auf die schon geschädigten Vasomotoren verschiedenartig einwirken.

Neben diesen Faktoren wäre aber noch eines zu gedenken, über den uns die Physiologie leider nur wenig Auskunft und noch weniger solche exakter Art zu geben weiß, trotzdem derselbe gewiß an Bedeutung hinter den anderen nicht zurücksteht.

Schon Meynert hat (es muß dahingestellt bleiben, ob als erster) in Ergänzung des zuvor angeführten Gesichtspunktes der vasomotorischen Selbstregulierung von der funktionellen

Attraktion der Ernährungsflüssigkeiten gesprochen, die natürlich ebenfalls regionär durch Selbststeuerung reguliert wird. Es entspricht dem sichtlich das, was neuerlich Bier als „Blutgefühl" der Gewebe darstellt. Es kann nun keinem Zweifel unterliegen, daß in erster Linie durch die verschieden weit vorgeschrittenen sklerotischen Veränderungen der Gefäße die Filtrationsfähigkeit ihrer Wandungen in wechselndem Maße gestört ist; daß dieser Faktor neben den anderen Momenten, welche die Adaption des arteriosklerotischen Gehirns an seine Leistungen beeinflussen, gewiß eine gewaltige Rolle spielen muß, ist zu ersichtlich, als daß es noch weiterer Beweisführung bedürfte. Nur das wäre noch hervorzuheben, daß gerade im Hinblick auf die Bedeutung der Kapillaren bei diesem Filtrationsvorgange es doppelt bedauerlich ist, daß wir vorläufig über das zeitliche Verhältnis zwischen Veränderung der mittleren Gefäße und der der Kapillaren ohne jede Kenntnis sind. Nicht unerwähnt möchte ich endlich auch lassen, daß die beiden Faktoren „Blutgefühl" und Elastizitätsanpassung auch wieder gegenseitig kompensierend wirksam sein werden.

So weite Perspektiven uns die hier erörterten theoretischen Gesichtspunkte bieten, so wenig exakt wissen wir die Details der Erscheinungen selbst vorläufig zu fassen; dagegen eröffnet uns das Gebiet der Analogie die Möglichkeit eines gewissen Verständnisses mancher Erscheinungen, die wir trotz der Bedenken, die Analogieschlüssen im allgemeinen anhaften, als außerordentlich belehrend nicht von der Hand weisen können.

Das anfallsweise Auftreten der zerebralen Erscheinungen, die Vermutung ihrer Bedingtheit durch ungenügende lokale Durchblutung legten die Analogie mit dem seit langem bekannten intermittierenden Hinken der Pferde und der später erkannten gleichen Erscheinung beim Menschen nahe; nachdem zuerst Grasset die Schwindelanfälle damit analogisierte, hat Verfasser im Jahre 1891 gezeigt, daß die zuvor erwähnte Dyslexie auch pathologisch ein zerebrales Analogon zum intermittierenden Hinken darstellt; seither hat man das auf die verschiedensten, zu rascher Funktionserschwerung und Ermüdung sich steigernden Zerebralerscheinungen angewendet.

Gewiß hat diese Analogie zur Aufklärung manches beigetragen; aber es muß davor gewarnt werden, in der für die Herabsetzung der Funktion von Potain gewählten Bezeichnung der Mio- oder Meiopragie (von μεῖον „weniger“ und πρασσειν „tätig sein“) mehr zu sehen als das, was in dem Ausdrucke liegt, und nun einfach für alle von Huchard als „meiopragies médullaires, bulbaires“ und „cérébrales“ klassifizierten Erscheinungen die Deutung des entsprechenden lokalisierten „Hinkens“ zu akzeptieren; noch mehr muß ich natürlich den Standpunkt perhorreszieren, der nicht bloß elementare psychische Erscheinungen, Amnesie, geistige Ermüdung, sondern auch solche komplizierterer Art in dieser Weise zu erklären glaubt.

Wenn man dann in Fortführung dieses m. E. irreführenden Gedankenganges nun jeden vorübergehenden, nicht bloß lokalen, sondern sogar allgemeinen Funktionsausfall als „zerebrales Hinken“ deutet, so übersieht man dabei jedenfalls den sensiblen Anteil der ursprünglich zur Analogiebildung benutzten Erscheinung, den Schmerz, und begibt sich damit auch eines wichtigen, vielleicht differentialdiagnostisch bedeutsamen Charakters derselben; soweit ich das Gebiet übersehe, tritt fast überall der Schmerz als konstante Begleiterscheinung des Gefäßkrampfes auf, und vielleicht wäre damit einer der differentialdiagnostischen Faktoren gefunden, deren Fehlen wir in der Besprechung der Pathogenese so schwer empfunden haben.

Die Beurteilung des Einzelfalles, bis jetzt noch beiläufig unterstützt durch das Aussehen des Kranken — Kongestion des Gesichtes bei Hochdruck —, wird übrigens neuerlich wieder etwas schwankend durch die Mitteilung Webers über das gegensätzliche Verhalten intra- und extrakranieller Zirkulation.

Als Übergang von den transitorischen Erscheinungen zu mehr stationären Symptomenkomplexen kann man etwa die Schlaflosigkeit nehmen, die nicht selten, ähnlich wie das von dem folgenden Komplexe berichtet wird, ziemlich rasch eintretend das Einsetzen der Sklerose markiert; als Gegenstück zu ihr, noch mehr zu den transitorischen Erscheinungen gehörig, ist zu erwähnen eine gelegentlich auftretende Schlafneigung. Wenn irgend etwas, dann ist es das Symptom der

Schlaflosigkeit, das uns die schwankenden Grenzen zwischen Normalem und Pathologischem vor Augen führt; als Symptom der Arteriosklerose seit langem bekannt, ist die Deutung desselben kaum vorwärts gerückt; das kann uns nicht überraschen, wenn wir sehen, wie wenig weit trotz allem daran gewendeten Fleiße die Theorie des Schlafes gediehen; welche Annahme auch immer, die zirkulatorische, die chemische oder biologische, die richtige sein mag, wir werden uns wohl damit bescheiden müssen, daß die Qualität der Gefäßwandungen dabei immer eine wichtige Rolle spielt; es wäre nicht schwer, an der Hand bekannter Tatsachen irgendeiner dieser Theorien auch die Erklärung der Schlaflosigkeit anzupassen (ich erinnere nur an die hyperämisierende Wirkung gewisser Schlafmittel, an die Bedeutung der Lage für den Schlaf, an die bekannten Untersuchungen von Mosso u. a.), aber man darf wohl auf diese recht oberflächliche Befriedigung unseres Forschungstriebes verzichten.

Begreiflicherweise schleppen sich die hier besprochenen transitorischen Störungen auch in das chronische, hauptsächlich durch Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit charakterisierte Stadium der Sklerose hinein fort; sie zeigen die wichtige Änderung, daß nicht selten die Dauer sich wesentlich verlängert, was selbst bei Verschwinden derselben doch dafür spricht, daß nicht bloße Zirkulationsstörungen, sondern tatsächlich Gefäßverlegungen die Ursache sind; dementsprechend finden sich in solchen Fällen sehr häufig multiple kleinste Erweichungsherde oder die „lacunes d'intégration" von Pierre Marie.

Wenn ich bisher unter den transitorischen psychischen Erscheinungen nur der in groben Störungen sich darstellenden gedachte, so möchte ich dadurch nicht den Eindruck erwecken, als ob leichtere solche frühzeitig überhaupt nicht vorkämen; vielmehr ist ihr Auftreten schon aus dem Grunde wahrscheinlich, weil unter den Rindenfunktionen die psychischen das allerfeinste Reagens auf jede irgendwie geartete Störung der Hirnzirkulation darstellen; aber anderseits ist das Gehirn doch in gewissem Sinne ein Luxusorgan und vermag, solange es

nicht irgendwie schwerer geschädigt ist, reichliche Ersatzfunktionen zu bieten.*)

Deutlich wird das dadurch, daß mit der größeren Ausbreitung der Störung sich als Initialerscheinungen Symptomenkomplexe darstellen, die in erster Linie durch psychische Erscheinungen charakterisiert sind. Aus der wechselvollen Fülle, in der sich dieselben kombinieren, hat nun Windscheid (nachdem schon vorher Lancereaux, Hutchings, Levillain, Régis und Kowalewsky dazu Beiträge geliefert hatten) mit anerkennenswerter Schärfe eines für die medizinische Literatur fixiert, das er mit Recht als ein besonderes „Hirnbild" der Arteriosklerose hingestellt hat, und das deshalb in den Rahmen meiner Ausführungen hineinpaßt, weil es aus Initialerscheinungen sich zusammensetzend zuweilen den schwereren Formen der zerebralen Arteriosklerose zeitlich oft weit vorangeht.

Mit dem, was vorher sich an psychischen Abweichungen gezeigt, geht es eben ähnlich wie in dem Prodromalstadium der Paralyse, daß der Kranke zunächst unbewußt, später nur ihm selbst merkbar, die sich schleichend entwickelnden Defekte durch gesteigerte Leistung maskiert; erst bis diese Kompensation zu versagen beginnt, treten die Defekte für die Umgebung deutlich hervor.

Die Kenntnis jenes Symptomenkomplexes, den man auch als „nervöse Form der Arteriosklerose" bezeichnet, ist aber schon aus dem Grunde wichtig, weil derselbe auch ohne den für die Diagnose richtunggebenden Anhaltspunkt einer peripherisch nachweisbaren Arteriosklerose eintreten kann, und zwar zuweilen schon in den vierziger Jahren, wo also auch das zeitliche Moment für die Diagnose versagt.

Kurz skizziert, setzt sich der Komplex aus folgenden Symptomen zusammen: Ein gelegentlich sehr rasch einsetzendes Versagen des geistig Schöpferischen, der Konzeptionsfähigkeit für neue Gedanken, Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, vor allem

*) Nachdem das Vorstehende niedergeschrieben, entnehme ich einer später zu zitierenden Arbeit den Hinweis auf eine Arbeit von S. J. Meltzer (Science 1907), in welcher er anführt: „All organs of the body are built on the plan of superabundance of structure and energy."

in beruflichen Dingen, rasche geistige, aber auch körperliche Ermüdbarkeit, Schwindel, dazu treten noch Alkoholintoleranz, in einzelnen Fällen stärkere amnestische Erscheinungen, vereinzelt Erschwerung des Wortverständnisses (psychische Schwerhörigkeit; Alzheimer); von sonstigen Erscheinungen namentlich praktisch bedeutsam ist das oft schwere Krankheitsgefühl, das gepaart mit der Furcht, „blödsinnig" zu werden, die Kranken zuweilen zum Selbstmord führt.

Eine Berechtigung zu neuerlicher Besprechung des seither schon mehrfach (Alzheimer, Erlenmayer) diskutierten Symptomenkomplexes glaube ich darin zu finden, daß gerade die allerletzten Jahre physiologische Feststellungen gebracht haben, die die ganze Sachlage doch gründlich verändert erscheinen lassen.

Wenn man der Windscheidschen Darstellung entgegengehalten hat, daß zunächst aus derselben folgt, daß ein solcher Symptomenkomplex nur bei Individuen vorkomme*), die in besonderem Grade schöpferisch tätig sind, demnach dieses wichtigste Kriterium beim gewöhnlichen Manne versage, so entstammt dieser Gedankengang (ganz abgesehen von der Würdigung der sonstigen Erscheinungen) einer zu engen Auffassung der betreffenden Darstellung.

Der Einfluß der initialen Sklerose auf das Psychische muß sich ebenso wie bei einem Newton bei dem letzten Fabrik-

*) In diesem Zusammenhange und im Hinblick darauf, daß gerade die zerebrale Arteriosklerose den Gegenstand meines Themas bildet, muß ich doch darauf zu sprechen kommen, daß der von anderen Arteriengebieten her gewonnenen Anschauung zufolge angestrengte geistige Arbeit zur Sklerose der Hirngefäße führe. Dieser m. E. nicht bewiesenen Ansicht läßt sich vor allem entgegenhalten, daß, wenn auch von einzelnen der Größten (Newton, Kant) bekannt ist, daß sie im hohen Alter senil dement geworden, doch nicht gesagt werden kann, daß bei geistigen Arbeitern mehr als bei anderen die Symptome der Arteriosklerose als besonders frühzeitig auftretend oder besonders intensiv erwiesen wären. Es spielen da gewiß andere Momente mit, und als eines derselben muß schon jetzt, späteren Ausführungen des Textes vorgreifend, der Affekt bezeichnet werden; die ruhige Gelehrtenarbeit erhält meist auch das Gehirn jung; dagegen sehen wir, ähnlich wie auch bei der Paralyse, die mit aufreibenden Affekten gepaarte Arbeit selbst der mittleren Jahrzehnte ihre besondere Schädlichkeit an den Zerebralgefäßen entfalten.

arbeiter darstellen, da dessen Psyche, wenn auch seine Arbeit nur wenig Intellektuelles umfaßt, doch eben dieselben Angriffspunkte für die Arteriosklerose darbietet. Das Gemeinsame der beiden Grenzfälle muß zu finden sein, wenn wir auf die Elementarerscheinungen zurückgehen, die dem zugrunde liegen, was wir bei einem Newton als „Schöpferkraft" und „Erfindungsgeist" bezeichnen.*)

Für die ausschlaggebende unter diesen Elementarerscheinungen möchte ich nun die nach Fülle und Tempo überragende Elastizität der intellektuellen Anpassung halten, und die Abnahme derselben als Initialerscheinung der Arteriosklerose scheint mir auch beim gewöhnlichen Arbeiter deutlich nachweisbar; die Angehörigen solcher Kranken selbst finden es bald heraus, wo der Haken sitzt, daß die Kranken bei irgendwelcher selbst geringfügigen Modifikation ihres Pensums zunehmend mangelhaft und langsam sich darein zu finden wissen, alsbald versagen, insbesondere mit der Aufmerksamkeit, und nicht selten es selbst beklagen, daß es nicht „wie früher ist"; daß das aber im Beginne wenigstens tatsächlich Ausdruck eines wechselnden Zustandes ist, also berechtigterweise auf wechselnde Elastizität der Gefäße**) und die anderen damit zusammenhängenden Faktoren bezogen werden kann, wird gerade auch durch das Wechselvolle der Erscheinung nahegelegt.

Diese Abnahme der psychischen Elastizität läßt sich aber noch deutlicher anderweitig und, was gerade im Hinblick auf

*) Wenn ich hier dafür eintrete, daß die „nervöse Form der Arteriosklerose" bei den „aus dem Volke" ebenso in die Erscheinung trete wie bei den „Geistigen", so will ich damit natürlich nicht etwa leugnen, daß die Erscheinungen bei den letzteren früher hervortreten werden; die Lebensstellung und Lebensführung dieser gibt begreiflicherweise namentlich im Gebiete des Ethischen leichter und früher Anlaß zum Hervortreten auch geringfügigerer Defekte.

**) Für die Beziehung dieser intellektuellen Anpassung zum Gefäßtonus ließe sich manches aus der physiologischen Psychologie anführen; so z. B. die von einzelnen angenommene Abhängigkeit der rhythmischen Schwankungen der Aufmerksamkeit, die ja bei jener Anpassung eine wichtige Rolle spielen, von der Blutzufuhr; mit Rücksicht auf die Zweifel, die von anderer Seite dem entgegengebracht sind, ist darauf nicht näher einzugehen.

das eben Gesagte wichtig, für geistig hochstehende ebenso wie für einfache Intelligenzen in gleicher Weise nachweisen; es ist das Gebiet der Gefühle,*) auf dem das vielleicht noch frühzeitiger in die Erscheinung tritt. Man braucht gar nicht so weit zu gehen wie Meynert, der in Fortführung der bekannten Hypothese von James-Lange von der Natur der Affekte in den Gefäßreflexen den Hauptanteil von Schmerz und Freude sah, und wird doch der Bedeutung der Gefäßverhältnisse für alle diese Fragen gerecht werden können.

Es ist nun eine alte Erfahrung, daß das Maß der Widerstandskraft gegen schädigende psychische Faktoren in erster Linie auf affektuösem Gebiete zu suchen ist, ebenso wie wir seit den ersten Untersuchungen Mossos über die Zirkulation im Gehirn wissen, daß dieselbe durch Gemütsbewegungen wesentlich leichter und intensiver beeinflußt wird als durch intellektuelle Vorgänge;**) dementsprechend ist zu erwarten,

*) Es ist hier nicht der Platz, näher einzugehen in die Frage nach der Natur des Genies; aber angesichts des hier wahrscheinlich gemachten Gleichganges von Abnahme der „Schöpferkraft" und der Gefühle möchte ich hinweisen auf das Zusammenfließen der beiden Gebiete im Bereiche jener höchsten geistigen Leistungen, welche sich beim Gelehrten wie beim Künstler als jenseits aller Formulierung abspielendes metalogisches Denken (B. Erdmann) vollziehen. — Eine vollständig mit dieser meiner selbstgebildeten Ansicht übereinstimmende Anschauung finde ich bei James, die ich, weil sie den Gedanken in glänzender Form wiedergibt, hierher setzen will.

„Große Denker haben weite ahnungsvolle Ausblicke auf sachliche Beziehungsformen, die kaum jemals als Wortbilder formuliert im Geiste auftreten, so rasch verläuft der ganze Prozeß. Wir alle haben das ständige Bewußtsein, wohin unser Denken neigt: es ist ein Gefühl wie jedes andere, ein Gefühl dessen, was die zunächst auftauchenden Gedanken sind, noch ehe diese aufgetaucht sind." (James, Princ. of Psychol. I, p. 255.)

**) Mosso: Über den Kreislauf des Blutes im Gehirn, 1881, S. 72. „Die Erregungen des Gemütes wirken auf den Kreislauf im Gehirn bei weitem augenfälliger, als es die intellektuelle Tätigkeit, mag sie noch so energisch sein, zu tun pflegt." An diese und die weitere Feststellung, daß der Einfluß auf die zerebralen Gefäße größer ist als der auf die peripherischen, hat sich seither eine weite Literatur insbesondere über plethysmographische Untersuchungen der Affekte angeschlossen; wie immer man über die Bedeutung dieser Methode in der Psychologie denken mag, darüber kann kein Zweifel obwalten, daß wir in der

daß dort auch die Wirkung der gestörten Gefäßelastizität und Filtrationsfähigkeit bei beginnender zerebraler Arteriosklerose deutlicher und insbesondere früher in die Erscheinung treten wird.

Und das scheint mir in der Tat der Fall; schon frühzeitig vermisse ich bei unseren Kranken die Ansprechbarkeit der Affektseite*) oder, noch besser gesagt, die leichte Modulationsfähigkeit derselben, was in einer der Umgebung besonders auffallenden Stumpfheit der gemütlichen Reaktion hervortritt; dem widerspricht nicht, daß wir sehen, wie ein Affekt bei solchen Individuen, einmal angeregt, wohl leicht selbst ins Maßlose ansteigt, aber nur schwer einzudämmen ist; damit hängt offenbar auch direkt einerseits die von Windscheid selbst, wenn ich nicht irre, betonte Nachdauer namentlich depressiver Stimmungen, die Weinerlichkeit des vorzeitigen Seniums zusammen, ebenso wie andererseits die egozentrische Einengung des Gefühlslebens (Ziehen).

Die Bedeutung der Herabsetzung der gemütlichen Adaptionsfähigkeit erhellt endlich auch deutlich daraus, daß wir gelegentlich sehen, wie ein schwerer gemütlicher Shok den ersten Anstoß zu den schwereren Erscheinungen der Arteriosklerose gibt oder den Eintritt derselben markiert.**)

Was die übrigen Erscheinungen betrifft, so wäre bezüglich des Kopfdruckes zu sagen, daß derselbe häufig nicht die Form der „neurasthenischen Kappe“ zeigt, und daß er auch in seiner Ständigkeit und durch seine Steigerung bei körperlichen Anstrengungen im allgemeinen nicht dem Typus des neurasthenischen Kopfschmerzes entspricht.

wechselnden Gefäßinnervation, um ein Wort von Wundt zu gebrauchen, eines „der feinsten Reagentien auf die leisesten Änderungen der Stärke wie Richtung der Gefühle“ besitzen.

*) Wenn früher darauf hingewiesen worden ist, daß eines der ersten Zeichen das leichte Erlahmen der Aufmerksamkeit darstellte, hier wieder das gleiche von der Affektseite ausgesagt wird, so erinnert dieser Gleichgang an die nahen Beziehungen zwischen Interesse, Affekt und Aufmerksamkeit.

**) Derselbe Gedankengang rückt die Tatsache in den geistigen Gesichtskreis, daß langdauernde Affekte ihrerseits Arteriosklerose zur Entwicklung zu bringen scheinen.

Vogt hat darauf hingewiesen, daß der Abnahme der geistigen Regsamkeit konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung vorangehe bezw. sie ersetzen kann; es könnte sich dabei meiner Ansicht nach um eine psychisch bedingte, als Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit zu deutende Erscheinung handeln, die freilich nicht leicht zu trennen sein wird von den von Otto zuerst nachgewiesenen Einengungen des Gesichtsfeldes bei Senilen, die auf mechanischer Einwirkung der sklerotischen Basalgefäße auf die nachbarlichen Optizi beruhen; aus der bisher bloß im Referate vorliegenden Darstellung Vogts ist nicht zu ersehen, ob er darüber zu irgendwelcher Konklusion gekommen.

Windscheid hat zur Erklärung des von ihm geschilderten Symptomenkomplexes auf die Änderung des Blutdruckes bei der Arteriosklerose und das Versagen der von ihm hypothetisch angenommenen Regulierungsvorrichtungen im Gehirn rekurriert.

Durch die neuesten, eingangs erwähnten Feststellungen der Physiologie sind wir jetzt bezüglich solcher Regulierungsvorrichtungen viel besser schon unterrichtet, ja, wie gesagt, die Fülle derselben setzt uns außerstande, der Kompliziertheit der Vorgänge dabei irgendein Verständnis abzuringen; wir werden uns im allgemeinen begnügen müssen, Störungen der Elastizität, der Permeabilität und schließlich solche der Vasomotorentätigkeit als Grundlage der Erscheinungen zu bezeichnen; gerade ein im ganzen mehr zufälliges Symptom, die Alkoholintoleranz, gibt uns eine Bestätigung einer Seite dieser Deutung an die Hand; ich glaube, man ist berechtigt, gerade in ihr förmlich den Verlust der Dehnungsfähigkeit der Gefäße sichtbar demonstriert zu sehen.

Ich will nicht unterlassen zu erwähnen, daß einzelne Autoren (Rossi) geneigt sind, dem „Hochdruck" eine wichtige Rolle dabei zuzusprechen, daß aber auch sie zu einer Entscheidung nicht gelangen; die Vielheit der pathologischen Bedingungen läßt m. E. die Annahme einer Komplikation aller als die naheliegendste erscheinen.

Bezüglich des Verlaufes des besprochenen Symptomenkomplexes hat Alzheimer darauf hingewiesen, daß derselbe

offenbar deshalb, weil keine tieferen Veränderungen der Glia vorliegen, keine besondere Tendenz zur Progression hat (achten Sie auf den Gegensatz zur Paralyse!), daß er oft durch lange Zeit stationär bleibe, aber auch weitgehender Rückbildung fähig ist; welchen Erfolg die Herbeiführung einer solchen, ja schon eines Stillstandes praktisch bedeutet, wird verständlich, wenn wir erwägen, daß namentlich in den späteren hier in Betracht kommenden Dezennien das Leben im allgemeinen an die Schöpferkraft des einzelnen keine zu hohen Ansprüche stellt, vielmehr schon die klaglose Durchführung des durchschnittlichen Pensums die Existenz der meisten für lange hinaus sichergestellt erscheinen läßt.*)

Schon Windscheid hat auf die gelegentliche Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber der einfachen Neurasthenie hingewiesen; ich glaube, es verhält sich damit ähnlich wie bei der gegenüber der Paralyse; neben den somatischen Erscheinungen, die allerdings hier nicht so prägnante sind wie meist bei der Paralyse, wird das Hauptgewicht auf den Nachweis wirklicher Defekte zu legen sein, die ja bei der Neurasthenie meist fehlen: immerhin kann die Entscheidung in einem Frühstadium der Arteriosklerose ähnlich schwer werden wie bei der Paralyse.**) Man wird natürlich auch die

*) Es läge die Versuchung nahe, über die Verwertung der pathologischen Grundlagen hinausgehend, zum Verständnis der hier besprochenen Tatsachen, event. zur Gewinnung differentialdiagnostischer Gesichtspunkte die eine oder andere der biologischen Theorien heranzuziehen, die zur Erklärung der Neurasthenie benützt werden können und teilweise auch benützt worden sind; ich will nur hinweisen auf ein Prinzip, das neuerlich W. James (The Energies of Men in „Philos. Rev.", 1907) und gleichzeitig auch Boris Sidis an verschiedenen Stellen (zuletzt im J. of abnorm. Psychol. IV, 2, p. 155) in der Scheidung zwischen kinetischer (zirkulierender) und potentieller (Reserve-) Energie zum Ausdruck gebracht hatten; auch an Verworn's Biogenhypothese wäre zu denken, die er selbst für ein Verständnis der Neurasthenie verwertet hat; es ließe sich leicht mit einer Theorie und den besprochenen Tatsachen eine zufriedenstellende Übereinstimmung erzielen, aber entsprechend dem in der ganzen Darstellung festgehaltenen Standpunkte scheint es mir richtiger, von der Ausführung solcher Gedankengänge abzustehen.

**) Nur auf einen Punkt aus der Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse, die in diesem Zusammenhange ja auch in Frage kommen

Möglichkeit in Betracht ziehen, daß der Neurastheniker in entsprechendem Alter arteriosklerotisch werden kann und deshalb auf die zeitlichen Verhältnisse der Entwicklung der verschiedenen Symptome, ebenso wie auf die Grundlagen der Neurasthenie zu achten haben.

Es ist darauf hingewiesen worden, daß ganz ähnliche Erscheinungen, wie sie hier als Initialerscheinungen der Arteriosklerose dargestellt wurden, sich auch bei Fettsucht finden; ich möchte der Ansicht Ausdruck geben, daß gerade das mit dem eingangs angedeuteten Gesichtspunkte der noch nicht anatomisch nachweisbaren Gefäßveränderungen im Prodromalstadium und dementsprechend mit der Möglichkeit der Rückbildung der Veränderungen ganz gut in Einklang gebracht werden könnte.

Schließlich möchte ich noch einer besonderen Tatsache gedenken, die differentialdiagnostisch zu Irrtümern Veranlassung geben könnte. Ostwald hat neuerlich aus den Biographien einer Zahl naturwissenschaftlicher Genies die Tatsachen extrahiert, daß manche derselben nach einem Wurfe ersten Ranges niemals mehr in ihrem weiteren Leben, um in einem von Windscheid von seinen Fällen gebrauchten Bilde zu bleiben, ein neues Stockwerk dem großen Gebäude aufsetzen, sondern nur noch Reparaturen und Verbesserungen desselben zustande bringen; in der Mehrzahl der Fälle Ostwalds handelt es sich offenbar um eine das edle Nervenparenchym betreffende einmalige Entfaltung bis zur Erschöpfung, die mit der vorzeitigen senilen Klimax, mit der wir es hier pathologisch zu tun haben, wohl nur die äußere Ähnlich-

kann, möchte ich deshalb eingehen, weil derselbe von anderer Seite Erwähnung gefunden hat; im allgemeinen gilt für die Paralyse der frühzeitige Schaden, den der „Kern der Persönlichkeit“ genommen, im Gegensatze zur zerebralen Arteriosklerose; dem gegenüber möchte ich dem Empfinden Ausdruck geben, daß ähnlich einer früher einmal von mir hervorgehobenen Änderung des Charakters der Paralyse, jetzt die atypischen Paralysen (und zwar nicht bloß die Lissauer'sche Form) häufiger werden, bei denen bis tief hinein in den geistigen Verfall die Individualität des Kranken sich intakt erhält. (Vergl. dazu das Ref. meines Schülers Privatdozenten Dr. O. Fischer auf der letzten Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie, 1909.)

keit teilt; zu beachten aber ist die Tatsache deshalb, weil man ähnliche Beobachtungen,*) wie sie Ostwald von Geistern ersten Ranges aus den Biographien derselben darstellt, auch bei Geistern niederen Ranges nicht allzuselten konstatieren kann, ohne daß dem nachweislich Arteriosklerose zugrunde läge.

Die Tatsachen, daß unser Symptomenkomplex meist primär, nicht unter Vorgang der besprochenen transitorischen Herderscheinungen auftritt, oft auch nicht von ihnen begleitet ist und endlich relativ selten in die schwereren Formen zerebraler Arteriosklerose übergeht, diese letzteren dagegen umgekehrt vielfach den zuvor erwähnten transitorischen Vorläufererscheinungen nachfolgen, führen als anscheinend nicht zufälliges Zusammentreffen zu der Fragestellung, worin das wohl begründet sein mag; es wird schwer sein, darauf ganz präzise zu antworten, aber es scheint dem einerseits die Differenz des Prozesses (bei dem stationären Komplexe, wie gesagt, dessen leichtere Form), anderseits eine Differenz in der Lokalisation zugrunde zu liegen; es scheint vielleicht nicht zu weit hergeholt, die Differenz der verschiedenen Verlaufsformen auf eine differente Beteiligung der Flechsigschen Assoziations- und Projektionszentren zu beziehen.

Zwei Tatsachen glaube ich für diese vorläufig mit aller

*) Es ist hier nicht der Platz, die Stellung, welche das hier besprochene Phänomen in der Reihe der Entwicklungs- und Degenerationsvorgänge einnimmt, ausführlicher zu präzisieren, aber ich kann nicht umhin, darauf hinzuweisen, daß sie ebenso sehr mit einer der modernen Entwicklungstheorien recht gut, z. B. mit der von Rignano, wie mit der Lehre Gowers von der Abiotrophie in verständlichen Zusammenhang gebracht werden kann; es wird endlich auch genügen, auf die Beziehungen zu Hering's Lehre von der Spezifizität der Tätigkeit der einzelnen Nervenzentren hinzuweisen.

Daß auch die Arteriosklerose, insoweit sie etwa mit Recht als „Abnützungskrankheit" anzusehen ist, sich ebenfalls in die hier angedeutete Reihe von Vorgängen sinnvoll einreiht, bedarf wohl auch keiner ausführlicheren Darlegung; nur die eine allerdings noch weiterer Bestätigung bedürfende Tatsache möchte ich ergänzend erwähnen, daß Weber in einer mangelhaften Anlage der Hirngefäße, in einer Art „Gefäßbelastung" die Grundlage für das frühzeitige Einsetzen der Arteriosklerose gefunden haben will.

